

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE 311 ^{N°}

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

DUBARRY BERTRAND

Né le 24 Juin 1906, à Joigny (Yonne).

LE TRAITEMENT ABORTIF DE LA SYPHILIS

Travail du Service de M. le Professeur agrégé SEZARY.

Président : M. GOUGEROT, Professeur.

ÉTAMPES

SOCIÉTÉ RÉGIONALE D'IMPRIMERIE ET DE PUBLICITÉ
16-18, Rue Saint-Mars

—
1936

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

DUBARRY BERTRAND

Né le 24 Juin 1906, à Joigny (Yonne).

LE TRAITEMENT ABORTIF DE LA SYPHILIS

Travail du Service de M. le Professeur agrégé SEZARY.

Président : M. GOUGEROT, Professeur.

ÉTAMPES

SOCIÉTÉ RÉGIONALE D'IMPRIMERIE ET DE PUBLICITÉ
16-18, Rue Saint-Mars

—
1936

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie.	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MACQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHÉRY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin)	Hydrologie.
BOULIN.	Pathologie médicale.
BULLIARD.	Histologie.
CATHALA.	Pathologie médicale.
CHEVALLIER.	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL.	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENEAU	Pathologie médicale.
HALPHEN.	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL.	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. LÉVY	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN.	Pathologie médicale.
OBERLING.	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAIL- LIS	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE.	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RICHET.	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÈNEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER.	Pathologie expérimentale.
TURPIN.	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT.	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU- LEMAIRE	Parasitologie.

IV. - AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE . .		BROCQ.	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULÉ		GATELLIER	
CHABROL		HEITZ-BOYER . . .	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR		SCHWARTZ	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL- LÉRY-RADOT.			
SÉZARY			

MM.	
ÉCALLE	} Clinique obstétricale.
GUÉNIOT.	
LE LORIER	
LÉVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
RUPPE	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

Le Docteur Bertrand DUBARRY

Ancien Interne,

Médaille d'argent des Hôpitaux de Paris

A MON GRAND-ONGLE

Le Docteur Alphée DUBARRY

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Lauréal de la Faculté de Médecine

A MON PÈRE

A MA FEMME

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur GOUGEROT

Professeur de Clinique des Maladies Cutanées et Syphilitiques

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Officier de la Légion d'Honneur

qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Hommages respectueux.

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur agrégé SÉZARY

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Officier de la Légion d'Honneur

qui m'a permis de mener à bien ce modeste
travail. Avec toute ma reconnaissance.

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur G. MARION

*Professeur de Clinique Urologique
à la Faculté de Médecine de Paris*

Chirurgien de l'Hôpital Necker

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

en témoignage de ma gratitude et de mon
respectueux attachement.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stages

Monsieur le Professeur WIDAL (*in memoriam*)

Monsieur le Professeur LEJARS (*in memoriam*)

Monsieur le Docteur Ch. DUJARIER (*in memoriam*)

Externat

Monsieur le Docteur Marcel FAURE-BAULIEU

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

Monsieur le Docteur Jean BRAINE

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Monsieur le Professeur agrégé ABRAMI

Médecin de l'Hôpital Broussais

Monsieur le Professeur LEMIERRE

Professeur de Clinique des Maladies infectieuses

Médecin de l'Hôpital Claude-Bernard

Monsieur le Docteur MAY

Médecin de l'Hôpital Tenon

Monsieur le Docteur PICHON

Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Professeur OMBREDANNE

*Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédie
Chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Malades*

Monsieur le Docteur DELHERM

Chef du Service d'Electroradiologie de l'Hôpital de la Pitié

A Monsieur le Médecin Commandant JAME,
Professeur agrégé

Chef du Service de Dermato-Vénérologie du Val-de-Grâce

qui a bien voulu me faire bénéficier de son
enseignement au cours de mon service
militaire.

A Monsieur le Docteur Paul LEFÈVRE

*Ancien Chef de Clinique de l'Hôpital Saint-Louis
Médecin adjoint de l'Hôpital Saint-Joseph*

qui depuis quatre ans me prodigue ses
conseils et m'honore de son amitié.

INTRODUCTION

De tout temps les syphiligraphes se sont appliqués à traiter la syphilis aussi précocement que possible, dès que le diagnostic peut être porté avec certitude.

Suivant les époques, des procédés fort différents ont été préconisés, depuis l'excision du chancre jusqu'au traitement abortif actuel en passant par les injections médicamenteuses péri-chancereuses.

L'Evolution des connaissances sur la généralisation de l'infection tréponémique dans l'organisme à partir du chancre montre combien étaient illusoires certaines de ces pratiques.

A l'heure actuelle, l'accord n'est pas complet sur l'opportunité de faire avorter la syphilis à son début, dès l'apparition du chancre, par un traitement énergique.

D'après certains, et notamment les auteurs belges, des considérations d'immunité conduiraient à considérer comme nuisible pour l'avenir des syphilitiques l'institution d'un traitement abortif.

Cependant, l'opinion de la majorité des syphiligraphes est qu'il y a tout intérêt à instiluer le traitement le plus énergique possible, dès la constatation du tréponème sur le chancre, avant l'apparition d'une séro-réaction positive.

Sur le mode de traitement, sur le choix des médicaments, sur sa durée, les avis diffèrent.

Nous les exposerons et nous montrerons surtout, à l'aide d'observations recueillies pour la plupart dans le service de M. Sezary, notre Maître, quels sont les résultats du traitement abortif.

DÉFINITION

On doit réserver le nom de traitement abortif à toute médication anti-syphilitique instituée chez un sujet porteur d'un chancre récent, dès la constatation du tréponème, avant l'apparition d'une réaction sérologique positive.

Dans ses lettres à un médecin praticien sur la dermatologie et la vénéréologie, Clément Simon qualifie d'abortif le traitement institué pendant la période d'incubation de la syphilis, avant l'apparition du chancre.

Avec Paul Lefèvre, nous croyons que cette manière de faire risque de créer les plus fâcheuses confusions.

Depuis Fournier, qui en 1909 écrivait :

« Existe-t-il un traitement abortif de la syphilis dès l'apparition du chancre, c'est-à-dire, existe-t-il un moyen de la tuer en germe et cela de la même façon qu'on arrête le développement d'une fleur en détruisant son bourgeon » ; l'expression traitement abortif a une signification bien établie.

Si pour la blennorragie, les expressions traitement abortif et traitement préventif ont leur signification propre, Pierre Barbellion n'écrit-il pas :

« Le traitement abortif a pour but de faire avorter une blennorragie commençante ; on ne parlera de traitement abortif que lorsqu'on aura vu le gonocoque dans la sécrétion. »

De même pour la syphilis, on peut dire : le traitement abortif a pour but de faire avorter une syphilis commençante, on ne parlera de traitement abortif que lorsqu'on aura vu le tréponème dans la sérosité chancreuse.

L'accord est pratiquement fait actuellement sur le sens du mot abortif et il paraît amplement justifié, même s'il est permis d'entamer une discussion étymologique sur son emploi.

Ce serait donc jeter le trouble et la confusion que de vouloir employer les termes « traitement abortif » pour un traitement pratiqué à titre préventif, et, nous croyons que le nom de traitement préventif conviendrait seul au traitement qu'on pourrait croire utile d'appliquer à un sujet qui a eu un contact avec un partenaire syphilitique et qui craint d'être contaminé.

HISTORIQUE DU TRAITEMENT ABORTIF

Les méthodes les plus diverses furent employées de tout temps. Fournier, dans son magistral traitement de la syphilis, passe en revue toutes ces méthodes qui ne sont plus maintenant que des souvenirs.

Ce furent tout d'abord les traitements chirurgicaux qui tentèrent les différents thérapeutes. En 1514, Jean de Vigo écrivait :

« Il faut se hâter de détruire sans retard les boutons ulcérés qui se produisent le plus habituellement sur la verge par suite de la contagion et de les détruire par quelque remède violent capable de les tuer sur place, d'en éteindre la malignité et d'enrayer la diffusion imminente de leur venin dans toutes les parties de l'organisme. »

C'était donc, à cette époque, le triomphe du fer rouge, du scalpel.

Plus près de nous, au **xix^e** siècle, la technique n'a guère fait de progrès.

Le fer rouge est remplacé par le thermocautère, voire le galvanocautère, le bistouri est devenu audacieux.

Et c'est ainsi que Jean-Louis Petit tenait de son maître Corbis, le précepte suivant :

« En cas de chancres récents sur un prépuce trop long ou avec phimosis, couper tout le long du prépuce, ce qui évite de passer le malade par les grands remèdes, le virus n'ayant pas encore infecté la masse du sang. »

Hunter partageait cette manière de voir :

« Le chancre, écrivait-il, est une maladie locale, aussi y a-t-il peu de danger d'infection pour l'économie, si le chancre a été détruit presque aussitôt après son apparition

et à une époque où l'on peut raisonnablement supposer que l'absorption n'a pas eu le temps de se faire. »

On conçoit que les chirurgiens ci-dessus cités aient essayé avec leurs contemporains et d'accord avec eux de perfectionner leurs méthodes, c'est ainsi que l'excision du chancre pouvait être faite :

soit en copeau ;

soit en totalité avec dissection des « racines », opération amenant de graves hémorragies, n'empêchant ni la reproduction du chancre *in situ*, ni l'éclosion des accidents secondaires.

Aussi des interventions plus compliquées, telles que la section des lymphatiques émanant de la région affectée par le chancre, des ouvertures, des évidages ganglionnaires, l'extirpation des ganglions, furent tentées et connurent une certaine vogue, mais de courte durée.

Les médecins, le grand Ricord en tête, tentèrent par des agents physiques et chimiques d'arriver à un meilleur résultat.

Ricord, en 1856, n'écrivait-il pas :

« Jugez quel bénéfice vous pouvez attendre de la destruction du chancre, lorsque, détruisant un chancre qui va s'indurer, vous tarissez du même coup la source d'une infection constitutionnelle. »

C'est l'ère de la cautérisation du chancre, non pas seulement par le thermo, galvanocautère, mais par des caustiques chimiques,

la pâte carbo-sulfurique, préconisée par Ricord.

La pâte de Vienne, le chlorure de zinc, l'acide nitrique fumant, le nitrate acide de mercure.

Enfin, signalons la cautérisation dite spécifique, qui devait non seulement détruire le chancre, mais de plus serait apte à poursuivre le virus au delà du chancre.

Tel est le cas du sublimé corrosif prôné par Hallopeau et même un certain temps par Fournier.

Diverses méthodes de blocus du chancre méritent d'être mentionnées :

Les frictions mercurielles pratiquées entre le chancre et les ganglions.

Le blocage du chancre par des injections mercurielles, en vue de saturer de « contrepoison » la route que doit suivre le « poison » pour arriver aux glandes lymphatiques correspondant au chancre.

La ponction des ganglions avec injections de substances microbicides (teinture d'iode, solution mercurielle).

Toutes ces méthodes aboutirent à un échec complet et Fournier concluait que la cautérisation d'un chancre syphilitique, même d'un chancre jeune, voire presque embryonnaire, est absolument impuissante à conjurer l'infection constitutionnelle.

Devant ces résultats, Fournier pratiquait un traitement d'attaque général mercuriel dès que le diagnostic de chancre syphilitique était posé.

Mais il faut noter qu'aussi activement était poussé ce traitement mercuriel abortif, il empêchait rarement l'éclosion d'accidents secondaires, d'ailleurs modifiés et atténués.

Il faut arriver en 1910, date de la découverte par Ehrlich du Dichlorhydrate de Dioxydiamino-arsenobenzol, 606 ou Salvarsan, pour que le traitement abortif connaisse une nouvelle faveur. Grâce à cette « therapia sterilisans magna », M. Jeanselme a montré que la syphilis traitée à la période pré-humorale pouvait avorter.

A treize malades porteurs de chancres, mais ayant encore une réaction de Wassermann négative, il fit en 1911 une série d'injections intraveineuses de 606.

Suivis pendant un laps de temps variant de 5 à 9 ans, ces sujets conservèrent une réaction de Wassermann négative, et ne présentèrent jamais de manifestation syphilitique.

Queyrat et d'autres auteurs ont confirmé ce fait qui est actuellement bien établi.

On voit donc les espoirs et les déceptions tour à tour apportés par le traitement abortif, nous verrons plus loin les conceptions actuelles du traitement abortif.

NOTIONS ACTUELLES SUR L'ÉVOLUTION DE L'INFECTION SYPHILITIQUE

SES RAPPORTS AVEC LE TRAITEMENT ABORTIF

LA SEPTICÉMIE TRÉPONÉMIQUE

On a longtemps cru que le chancre syphilitique était une lésion purement locale où les tréponèmes se trouvaient cantonnés jusqu'au jour où apparaissaient les symptômes secondaires témoins d'une septicémie récente.

On conçoit que les anciens auteurs aient pu penser qu'à maladie locale pouvait convenir un traitement local.

Ricord écrivait : « Le chancre n'est jamais en naissant qu'une lésion locale. L'infection générale est un accident consécutif à son développement et qui demande un certain temps pour se produire. »

Fournier par la seule clinique avait vu que cette conception était erronée.

Les recherches biologiques et expérimentales sont venues confirmer cette impression clinique.

RAPPEL DES DONNÉES EXPÉRIMENTALES

C'est ainsi qu'Uhlenmuth et Mulzer réussissent à inoculer la syphilis au testicule de lapin avec le sang de 16 malades en période primaire, quatre de ces malades avaient encore un Bordet-Wasserman négatif et étaient donc en période pré-humorale.

Neisser a montré que bien avant l'apparition clinique des manifestations locales, chez le singe inoculé, un certain nombre de tréponèmes empruntait la voie sanguine pour se rendre dans divers organes, ganglions, moelle osseuse, rate, testicule, et, par des inoculations avec ces organes, il obtient un résultat positif avant même l'apparition du chancre.

En 1901, Reiss excise 5 heures après son apparition, une excoriation de la face interne du prépuce, et constate 10 jours après, une adénopathie inguinale, puis l'apparition de syphilis secondaire.

En 1911, Neisser se place à nouveau expérimentalement dans les mêmes conditions et obtient les mêmes résultats.

Le tréponème passe dans le sang dès le cinquième jour de l'inoculation.

L'envahissement précoce de la circulation est donc un fait certain. Il y a à la période pré-sérologique une véritable septicémie, mais, de l'avis des auteurs qui ont étudié la question : les tréponèmes sont peu nombreux dans le milieu sanguin.

RAPPEL DES DONNÉES CLINIQUES

La clinique vient confirmer ces données expérimentales et montrer la diffusion du tréponème dans l'organisme, à la période pré-sérologique.

On sait que de l'albuminurie peut être constatée avant et à l'apparition du chancre.

Rappelons qu'à l'autopsie d'un malade porteur depuis 2 jours d'un chancre syphilitique, des tréponèmes furent retrouvés dans les reins.

On a de même constaté, dans plusieurs observations, de l'ictère à la période pré-sérologique.

L'examen clinique attentif d'un syphilitique à cette période, s'il peut être négatif, montrera bien souvent une certaine élévation thermique, la fièvre en effet n'est pas rare, de la pâleur qui est souvent l'indice d'une anémie, anémie surtout fréquente et marquée chez la femme, atteignant le

taux de 3 millions à 3 millions et demi de globules rouges par millimètre cube, avec élévation rapide du nombre des globules blancs.

C'est une anémie avec abaissement de l'hémoglobine au-dessous de 80 %, en moyenne 55 à 70 %.

La formule leucocytaire montre une baisse du nombre des moyens et grands mononucléaires.

La splénomégalie n'est pas rare, elle a été signalée par :

Weill en 1874, Quincaud et Nicolle, Gastou, Fournier, de Beurmann, Delherm et R. de Gennes, Louste et Lacroix.

Louste la retrouve dans 95 % des cas.

Cette tuméfaction de la rate est moyenne, elle est passagère, éphémère, cessant très rapidement avec le traitement.

L'asthénie est fréquente,

Nous insisterons enfin sur un autre symptôme subjectif bien souvent révélateur d'affections nerveuses latentes : La céphalée.

Ravaut a montré qu'au cours des deux premières semaines de l'apparition du chancre, les réactions cellulaires ne sont pas exceptionnelles, et, varient dans une proportion de 5 à 40 % ; à ce moment les réactions des albumines sont souvent augmentées, et les réactions des lipoides sont négatives.

Dans certains cas d'atteinte précoce du système nerveux, dès le chancre, des observations de Nicolaï, de Audry et Lavaut en 1914 ont montré que le Bordet-Wassermann devenait positif dans le liquide céphalo-rachidien avant qu'il ne le fut dans le sang.

Mills sur 283 cas de syphilis primaire trouve 8 % de liquide céphalo-rachidien positif avec Bordet-Wassermann positifs. Dans la moitié des cas, le B.-W. encore négatif dans le sang, était positif dans le liquide.

Wile sur 221 cas de syphilis primaire trouve que dans 22 % des cas le liquide était pathologique, dans 8 la réaction de B.-W. était positive dans le liquide céphalo-rachidien et négative dans le sang.

Plus récemment, Cottini a constaté chez deux malades

des réactions positives dans le L. C. R. au cours de la période pré-sérologique.

Pour Ravaut, selon les statistiques, la réaction peut se montrer partielle dans 3 à 8 % des cas.

Au cours de la période pré-sérologique, le tréponème peut donc toucher les méninges et le parenchyme.

Ces atteintes peuvent être les plus précoces de toutes, le Wassermann du L. C. R. étant positif avant le Wassermann sanguin dans certaines observations.

QUAND DOIT-ON TRAITER LA SYPHILIS ?

LES TRAITEMENTS DIFFÉRÉS

THÉORIE DES AUTEURS BELGES

En instituant le traitement pour un chancre récemment diagnostiqué, on n'a plus la prétention qu'avaient les anciens auteurs d'empêcher la généralisation de la maladie, d'empêcher la septicémie, mais bien seulement de l'attaquer le plus précocement possible à une période où elle n'a pu causer « que des lésions fluxionnaires, des embolies minimales, composées de quelques parasites dont la vie est éphémère (Golay) ».

A l'inverse de cette opinion, des auteurs belges, et certains syphiligraphes considèrent qu'il y a intérêt à laisser développer l'infection.

Jusqu'à l'apparition d'une séro-réaction positive pour Dracoulides.

Jusqu'aux accidents secondaires pour les Belges et qu'en agissant ainsi on laisse s'établir des réactions d'immunité naturelle qui viennent favoriser l'action de la thérapeutique sur les accidents secondaires et tardifs.

THÉORIES DES AUTEURS BELGES

C'est ainsi que Dujardin (de Bruxelles), dès 1913, fait intervenir un facteur nouveau « l'immunisation secondaire », dont l'action serait loin d'être négligeable, ce qui d'après lui expliquerait le fait que dans beaucoup de cas la période post-éruptive serait beaucoup plus influençable à la thérapeutique.

« Le Salvarsan arrêtant l'action du spirochète, arrête

l'effort d'immunisation de l'organisme qui dépend de ce dernier ».

Le traitement à la période primaire préviendrait l'immunisation secondaire !

« Cette immunisation serait partielle, insuffisante pour prévenir l'organisme contre les récidives, elle serait sous la dépendance de la persistance de la présence de tréponèmes dans l'organisme ».

D'après Dujardin, le salvarsan peut donc être trop tréponémicide et interrompre cette vaccination cutanée. C'est pourquoi les localisations méningées mieux protégées que les localisations cutanées peuvent reprendre les premières leur évolution après l'épuisement de l'action médicamenteuse.

Il conclut en disant que : « moins aura été efficace cette vaccination cutanée, plus violentes et plus fréquentes seront les réactions méningées ».

C'est ce que Bernard (de Bruxelles) a résumé en ces termes : « l'allergie viscérale est en grande partie sous la dépendance de l'allergie de la peau. Un sujet qui a présenté peu ou pas de lésions cutanées serait beaucoup plus facilement disposé aux lésions viscérales, parce que la vaccination générale semble dépendre de l'allergie cutanée.

Les malades soignés après l'éclosion des accidents secondaires auraient leur système nerveux central beaucoup mieux protégé que ceux pris en traitement dès l'accident primitif. »

RÉFUTATION DE CES THÉORIES

En réalité, les arguments invoqués par les auteurs Belges sont faciles à réfuter et la plupart des auteurs français considèrent qu'il n'y a aucun inconvénient et beaucoup d'avantages à attaquer énergiquement la syphilis par un traitement abortif dès le diagnostic posé par la constatation de tréponèmes.

Nous passerons en revue les attitudes des divers auteurs.

Il est assez curieux de noter que *Fournier* combattait

avec vigueur, bien avant l'exposition de ces théories, l'attitude expectative en présence d'un chancre syphilitique.

Certains anciens auteurs soutenaient en effet que l'intervention immédiate était superflue.

Ce à quoi Fournier ripostait :

« Comment n'y aurait-il pas avantage quand il s'agit d'entrer en lutte contre une maladie à l'attaquer, à la surprendre dès une époque voisine de son éclosion. N'est-il pas plus rationnel de travailler à prévenir des symptômes morbides que d'attendre leur invasion pour les combattre. »

D'autres disaient que l'intervention était dangereuse, que c'était un traitement perturbateur apportant l'irrégularité dans l'évolution normale de la syphilis.

Fournier demande ironiquement : « Qu'est-ce que l'évolution normale de la syphilis ? Qui pourrait en tracer le programme, en quoi cette prétendue irrégularité serait préjudiciable au malade ? »

Enfin, le traitement précoce était, disaient-ils, dangereux en ce qu'il préparait pour l'avenir des accidents graves, notamment des destructions d'organes et des manifestations importantes vers le système nerveux.

« Allégation imprudente, hypothétique, écrit Fournier, aussi peu motivée que possible, aussi contraire au bon sens qu'à l'observation. A qui pourrait-on faire croire qu'un traitement avancé de 4 ou 5 semaines, intervient dans la genèse d'une gomme ou d'une syphilis cérébrale. »

On voit donc que Fournier avait déjà à combattre des théories ressemblant étonnamment à celles soutenues par les auteurs Belges.

M. Gougerot accueille avec réserve les conclusions de Bernard et n'hésite pas à pratiquer *un traitement d'urgence à la période pré-sérologique*.

M. Ravaut croit que l'infection du système nerveux se fait le plus souvent dès les premiers stades de la maladie, sous forme de syphilis nerveuse inapparente, et, il conclut, en se basant sur une statistique de 91 cas, dont certains ont été suivis vingt ans, *que d'un diagnostic et d'un traite-*

ment précoces dépend en grande partie la prophylaxie de la syphilis nerveuse.

A l'occasion du centenaire de Fournier, Wagner, Claude, s'associent à Nicolaï (de Bucarest) pour dire que la plupart des cas de neuro-syphilis reconnaissent leur origine dans lesensemencements précoces du système nerveux (période primo-secondaire). Le traitement préventif de la syphilis nerveuse doit être institué *aussi près que possible du début de l'infection* et sous une forme assurant le maximum d'activité thérapeutique.

L'Ecole Lyonnaise s'élève elle aussi contre les affirmations des auteurs Belges.

MM. Nicolas et Galé, en 1933, écrivent :

« La conception de Bernard comporte de multiples inconnues, de plus, si les manifestations secondaires demeurent habituellement sans gravité immédiate, parce que cutanéomuqueuses, il ne faut pas perdre de vue que le malade n'est pas à l'abri d'accidents nerveux ou viscéraux précoces qui peuvent être très dangereux. »

M. Carle se montre plus net encore.

Il cite en 1932 le cas d'un malade, pour lequel son médecin avait attendu l'apparition de la roséole et chez lequel apparut, au bout de 6 semaines, une paralysie faciale très tenace. Fait qu'il n'a jamais vu apparaître quand un traitement précoce arséno-bismuthique était institué.

M. Jame croit que le traitement abortif de la syphilis pourrait être comparé au traitement d'autres protozooses.

C'est ainsi que l'on admet que les traitements du paludisme et de l'anibiase doivent être énergiquement poussés dès le début de l'infection pour éviter la formation des formes de résistance (gamètes, kystes) difficilement accessibles par nos moyens thérapeutiques actuels.

Ne pourrait-on pas admettre pour la syphilis, l'existence de formes de tréponèmes, résistantes à la chimiothérapie, alors que les formes jeunes, du début de l'infection, seraient plus facilement atteintes.

Nous citerons les conclusions de *Artz* (de Vienne), au Congrès de Copenhague de 1930, s'appuyant sur une statistique de 540 cas, remontant au moins à 8 ans, il rapporte 14 cas de manifestations « parasymphilitiques ». Dans 2 cas sur ces 14 cas, le traitement avait été institué à la période présérologique.

Il conclut :

« La fréquence de la « parasymphilis » après un traitement abortif n'est nullement accrue. La conduite d'un traitement abortif présérologique a les plus grandes chances de conduire au succès, eu égard à la possibilité de prévenir l'atteinte du système nerveux central en sorte qu'on peut attendre une abortion de cette redoutable complication. »

De même, *Cortia* affirme que le dualisme entre lésions de la peau et du système nerveux n'est pas plus démontré pour la syphilis que pour la tuberculose ou la lèpre.

Notre maître, *M. Sezary*, dans son livre : *Le traitement de la Syphilis*, fait une synthèse de tous ces arguments et dit notamment :

« L'effort d'immunité de l'organisme est relatif. Cette immunité permet les récides incessantes des lésions cutanées et muqueuses et n'empêche pas l'éclosion tardive des complications les plus graves.

Il lui paraît certain que chez les syphilitiques de Bernard, traités avant la roséole, la thérapeutique de l'infection est insuffisante, mais non trop précoce. Or on sait qu'un traitement insuffisant est dangereux, parce qu'il favorise l'apparition ultérieure d'accidents nerveux.

Enfin, à la période présérologique, les réactions viscérales du type neuro-récidive, sont peu à craindre à cette période de la maladie où les tréponèmes n'ont pas encore colonisés dans l'organisme.

Quand un traitement intensif aussi précoce que possible a été institué, aucune complication de la maladie n'est à craindre. »

INTÉRÊT SOCIAL DU TRAITEMENT ABORTIF

Le point de vue social n'est pas à dédaigner. On sait que pendant la période d'incubation, la contamination syphilitique est possible, les cas ne sont pas rares. (Louste, Milian, Schulmann, Sezary et G. Lévy) et il ne faut pas oublier que plus une vérole est abandonnée à elle-même, plus le malade a de chance de contaminer son entourage.

On ne doit pas exposer plusieurs individus sains à des contaminations par cette source active d'infection.

Joseph Rollet a pu ainsi dire que les accidents secondaires constituaient la plus grande source à laquelle s'alimentait la vérole. MM. Nicolas et Gaté déclarent à ce sujet qu'il y a le plus grand intérêt à ne pas laisser éclore ou à faire disparaître le plus rapidement possible le danger social de la contagiosité.

Pour M. Gougerot, les théories de Bernard ne doivent pas être appliquées, car il faut écarter le danger social de laisser contagieux des syphilitiques jusqu'à la roséole.

On voit donc la nécessité au point de vue social du traitement pratiqué à la période pré-sérologique dans les premiers jours suivant l'apparition du chancre. M. Hudelo émettait l'espoir dès 1922 de pouvoir stériliser, grâce au traitement abortif, sinon toutes, au moins la plupart des syphilis prises en traitement dès les premiers jours du chancre.

Si nous pouvions, disait-il, réaliser dans tous les cas ce résultat vraiment merveilleux, la syphilis disparaîtrait en quelques années.

Nous sommes loin hélas de pouvoir réaliser ce vœu, de l'étude des dossiers du service de M. *Sezary*, s'étendant sur 5 ans, 1930, 1931, 1932, 1933, 1934, il ressort que la majorité des malades hommes se présente à la période primaire, 953 en période primaire contre 608 en période primo-secondaire.

Sur ce nombre, 215 se sont présentés à la période pré-

sérologique, soit : 21,54 % des malades venus consulter en période primaire.

Chez les femmes, les chiffres sont bien différents.

161 consultantes en période primaire contre 568 consultantes en période secundo-tertiaire.

Sur ce nombre, six seulement sont venues consulter à la période pré-sérologique.

La proportion tombe à 3,39 % des consultantes venues en période primaire.

DES CONDITIONS D'INSTITUTION DU TRAITEMENT ABORTIF

ASPECT CLINIQUE DU CHANCRE SYPHILITIQUE A LA PERIODE PRÉ-SÉROLOGIQUE

Pour instituer un traitement abortif, il est nécessaire de porter le diagnostic de chancre aussi précocement que possible et, partant, savoir le reconnaître dès son apparition.

Nous essaierons dans un court résumé d'insister sur quelques caractères cliniques du chancre syphilitique et en particulier sur ceux du *chancre jeune datant au plus de cinq jours*.

Voici comment J. Lacassagne décrit le chancre à cette période : c'est « *une érosion, arrondie ou ovalaire, à fond grisâtre ou rosé, lisse, bien limitée, mais sans bords, non douloureuse, même pas sensible au contact instrumental. Cette surface érosive laisse sourdre spontanément, mais surtout quand on l'irrite, une sérosité parfaitement claire où il est aisé de déceler le tréponème.* »

On ne saurait trop insister sur le fait que cette érosion ne présente aucun des caractères dits spécifiques, ni comme forme, ni comme couleur, ni comme état des bords, ni comme fond, ni comme physionomie générale.

Elle est, a dit Fournier, exactement ce que pourrait être la plaie la plus simple, celle par exemple qui résulterait d'une cautérisation.

A cette période, pas d'adénopathie. Lacassagne observe dans un cas une adénopathie au 3^e jour. Dans la règle, on ne peut déceler de ganglion avant le 6^e, 7^e jour.

Bref, on penserait à une ulcération simplex, à de l'herpès, si un procédé d'examen de laboratoire ne nous permettait de trouver le tréponème dans la sérosité. Sans examen ultra-microscopique, pas de diagnostic possible à cette période.

Ne craignons pas de nous répéter.

La découverte du *treponema pallidum*, en 1905, par Schaudinn et Hoffman, a permis de poser le critère suivant :

En présence de toute ulcération génitale suspecte, on doit pratiquer un examen ultra-microscopique et recommencer sans se lasser cet examen, afin de trouver le tréponème pâle.

Rapidement en effet, l'aspect du chancre va changer, il va s'accroître, il va s'infiltrer, l'adénopathie satellite va apparaître.

Avant toute description clinique, description banale du chancre syphilitique à la période d'état, insistons sur le fait que :

L'infiltration, on pourrait même dire l'induration, devient perceptible du 4^e au 5^e jour, l'adénopathie constante est perceptible du 6^e au 7^e jour.

Décrivons rapidement l'aspect d'un chancre syphilitique arrivé à son plein développement (soit au 8^e, 10^e jour après son apparition).

C'est une érosion ou mieux une exulcération sans bords, circonscrite, ronde ou ovalaire, à fonds lisse, suppurant peu, de couleur chair musculaire ou grisâtre, indolente, aphlegmasique.

Elle repose sur une base indurée. Elle s'accompagne d'une adénopathie satellite et dans la sérosité qu'elle sécrète, on peut facilement mettre en évidence le tréponème pâle.

C'est à cette période que le chancre présente les caractères classiques que l'on retrouve dans tous les traités. Insistons, comme il se doit, sur l'induration puisque jusqu'à la découverte de l'examen ultra-microscopique, les anciens auteurs se basaient sur la perception de cette induration sèche, élastique, à consistance cartonnée, caoutchoutée,

cartilagineuse, parcheminée, pour poser le diagnostic de chancre syphilitique. Signalons le fait que cette induration peut manquer au fourreau chez l'homme, à la fourchette chez la femme.

L'ADÉNOPATHIE SYPHILITIQUE, SATELLITE DU CHANCRE

C'est Ricord qui a fourni de l'adénopathie syphilitique l'étude la plus complète.

Il peut, suivant les cas, exister une adénopathie simple, directe ou croisée, du fait de l'entre-croisement des lymphatiques de la verge, ou une adénopathie double.

Cette adénopathie est constituée de ganglions multiples, inégaux, indépendants, mobiles, durs, de volume moyen, indolents, non inflammatoires, ne suppurant jamais.

Insistons sur la présence d'un gros ganglion marmoreen « le préfet de l'aine » entouré de sa pléiade satellite.

Cette adénopathie est *constante*, apparue on l'a vu au 6^e jour, elle est alors discrète, se développant à partir de ce moment pour atteindre son maximum après la période pré-sérologique à la 2^e-3^e semaine.

Il convient de signaler l'atteinte constante, mais cliniquement plus rarement observée des lymphatiques.

Carle, Jean Lacassagne, la retrouvent une fois sur cinq.

C'est chez l'homme la lymphangite plastique du dos de la verge, lymphite dorsale de la verge (Nicolas).

Chez la femme, lymphangite avec œdème des grandes et petites lèvres. .

DIVERS ASPECTS DU CHANCRE SYPHILITIQUE SON DIAGNOSTIC

Pour être complet, rappelons que les chancres du limbe du prépuce prennent plus souvent un aspect fissuraire, et s'ils sont multiples, prennent celui dit de chancres en couronne.

Les chancres du sillon balanopréputial, un aspect bivalve, en feuillet de livre.

Les chancres de la base du frein, se prolongeant sur le fillet, un aspect en raquette.

Sur le gland, chancre en cocarde. Sur le fourreau, chancre echtymateux, d'abord papuleux, puis papulo-croûteux.

Nous n'insisterons pas sur les aspects du chancre chez la femme, car c'est bien plus rarement que chez l'homme que le problème de chancre syphilitique à la période présérologique se pose.

Signalons la possibilité de chancres multiples : pour Fournier, une fois sur cinq ; pour Nicolas, une fois sur trois ; pour Darier, cinquante fois sur cent.

Nous ne nous attarderons pas aux discussions à propos du diagnostic de chancre syphilitique avec les autres ulcérations génitales.

Le chancre mou se présente bien différemment, mais la possibilité de chancre mixte oblige à une surveillance attentive de son évolution.

Rappelons que le chancre d'inoculation de la maladie de Nicolas Favre peut prendre le type syphiloïde (Sezary) et ne nous attardons pas à discuter les lésions de balanite circonscrite érosive, le chancre scabreux, les érosions banales qui après application de caustiques peuvent présenter une infiltration trompeuse.

LE LABORATOIRE DANS LE DIAGNOSTIC DE CHANCRE SYPHILITIQUE

Nous pouvons dire actuellement : quel que soit l'aspect clinique des lésions, c'est l'examen ultra-microscopique qui permet de faire le diagnostic de chancre syphilitique.

La recherche du tréponème pâle est le temps capital dans l'examen d'une ulcération génitale suspecte.

Cette recherche se fait au niveau du chancre.

Elle est très aisée dans le chancre érosif, plus difficile dans le chancre croûteux.

Fait capital, la mise en évidence du tréponème est possible alors même que le chancre ne date que de quelques heures.

Parfois il y a difficulté ou impossibilité de déceler le tréponème.

Quand le chancre est inaccessible.

Quand il est accompagné ou compliqué par d'autres infections.

Soit infections associées : chancre mou ; blennorragie ; balanites.

Soit infections secondaires, consécutives à la malpropreté habituelle.

Ou quand le chancre est modifié par un traitement :
local ou général.

Traitement local. — Application de pommade, le plus souvent, de poudre, d'antiseptiques, parfois simple savonnage. Il faut savoir attendre 24 ou 48 heures en recom-

mandant au malade de ne se laver qu'à l'eau bouillie, avant de pouvoir mettre en évidence les tréponèmes.

Traitement général. — Injections inopportunes de novarsénobenzol intraveineux ou de bismuth oléo-soluble intramusculaire.

Quel que soit le type de chancre, la **technique** est toujours sensiblement la même :

1° Déterger la lésion plus ou moins énergiquement avec une compresse suivant que le chancre est érosif, ulcéreux ou croûteux.

2° Parfois même en cas de chancre ulcéreux, pratiquer quelques scarifications sur le bord de la lésion, et, attendre 5 ou 10 minutes que le premier flot de sang soit tari.

3° Puis entre le pouce et l'index, garnis de doigtiers, on serre la base de la lésion. Une sérosité abondante perle aussitôt ; qu'il sera facile de recueillir avec une pipette ou un vaccinostyle.

Le procédé de choix est l'examen à l'état frais, sans coloration, à l'ultra microscope.

Le tréponème est alors en suspension dans un liquide avec éclairage latéral intense et sur fond noir.

Rappelons ses caractères essentiels :

Il se présente sous la forme d'un filament très fin, effilé à ses deux extrémités, contourné en spirale à la façon d'un tire-bouchon, d'une longueur de 6 à 15 μ .

Les tours de spire ne s'effacent jamais, ni au repos, ni au cours des mouvements.

« La recherche du tréponème par ce procédé nécessite un tour de main indiscutable ; il est toujours nécessaire de pratiquer plusieurs examens et de faire plusieurs prélèvements à chaque examen avant de conclure par la négative. » (Paul Lefèvre).

Il faut différencier le tréponème du :

a) Spirille de la balanite érosive bien plus volumineux,

animé d'ondulations moins vives, aux orbes plus marquées.

b) *Spirocheta refringens* du Smegma, épais et long.

c) Spirochètes intestinaux.

d) Spirochètes du carcinome infecté.

e) Le tréponema pallidulum du Pian qui ne se voit guère dans nos pays.

f) L'existence du treponéma dentium rend au niveau de la bouche, très difficile le diagnostic microbiologique des lésions syphilitiques (Jeanselme, Sezary).

Nous n'insisterons pas sur la recherche du tréponème dans le frottis après coloration.

Il est alors moins régulier de forme qu'en suspension dans les liquides, ses spires sont moins rapprochées et moins égales.

De multiples colorations ont été proposées :

Citons la méthode par l'encre de Chine de Burri.

La méthode qui en dérive par le collargol (Harrison).

Le procédé de nitration de *Fontana-Tribondeau*.

LA RECHERCHE DU TRÉPONÈME PAR PONCTION GANGLIONNAIRE

On ne peut passer sous silence la recherche du tréponème dans les ganglions.

Dans un certain nombre de cas, en effet, chancres sous-préputiaux, chancres mixtes, chancres traités, il sera impossible de trouver le tréponème dans la sérosité chancreuse. On ne devra pas hésiter alors à le rechercher dans le suc ganglionnaire, après ponction de l'adénopathie.

Voici la technique préconisée par M. Sezary :

Un ganglion volumineux est immobilisé et ponctionné avec une aiguille fine. Après forte aspiration, on trouvera dans le canal de l'aiguille une petite goutte séro-sanguinolente, sur laquelle portera l'examen.

Gougerot et P. Blum conseillent d'injecter quelques gouttes de sérum physiologique dans la glande, de la masser quelques instants, puis d'aspirer quelques minutes après.

Quoi qu'il en soit, cette méthode peu douloureuse donne d'excellents résultats et permet de déceler le tréponème dans 80 % des cas environ. (Sezary, Paul Lefèvre, Bouteau).

LE CHANCRE MIXTE

M. Sezary insiste sur la difficulté du diagnostic précoce de la syphilis dans ce cas.

On sait que le chancre mixte est dû à l'infection simultanée par le bacille de Ducrey et par le tréponème.

Le chancre mou se développant 3 à 5 jours après le contact, et, le chancre syphilitique trois semaines après, la lésion n'a au début que les caractères du chancre mou. De plus ceux-ci masquent souvent ceux du chancre syphilitique qui doivent apparaître 12 à 25 jours après.

La recherche du tréponème à l'ultra microscope est assez rarement positive (2 fois sur 10 environ).

C'est uniquement par la ponction ganglionnaire que l'on pourrait espérer arriver à mettre en évidence le tréponème.

Deux cas sont à envisager :

Soit adénopathie syphiloïde, où la ponction ganglionnaire sera pratiquée comme il est décrit plus haut ;

Soit adénopathie suppurée, où on ne pratique pas cette manœuvre ; rappelons à cette occasion l'observation de MM. Sezary et Georges Lévy, qui en 1933 trouvèrent de nombreux tréponèmes dans le pus retiré par ponction du bubon d'un chancre mixte.

On voit toute la difficulté du diagnostic précoce, dans bien des cas on est obligé pour se prononcer d'attendre les résultats des examens sérologiques, systématiquement pratiqués en série.

AUTRES ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

On a vu les caractères cliniques essentiels du chancre syphilitique à la période pré-sérologique, et la nécessité avant d'affirmer le diagnostic, de demander au laboratoire les signes de certitude, à savoir, la présence de tréponème dans la sérosité du chancre ou dans le suc ganglionnaire, à ces méthodes, il convient d'ajouter :

L'interrogatoire, qui précise l'incubation du chancre.

La confrontation imaginée par Bassereau, et tant prônée par Fournier, qui peut inciter à pratiquer des examens en série quand les résultats primitivement trouvés ne semblent pas concorder avec les présomptions tirées de la confrontation.

Il y a donc nécessité absolue d'associer le laboratoire à la clinique, afin de porter à coup sûr le diagnostic précoce de chancre syphilitique.

De cette étude nous pouvons tirer le précepte suivant :

Quels que soient les caractères cliniques de l'ulcération génitale, si l'examen ultra-microscopique répété à diverses reprises et à des jours différents ne révèle pas la présence de tréponèmes, on ne doit pas commencer un traitement antisypilitique, et c'est par des examens sérologiques en série que l'on doit alors affirmer ou repousser un diagnostic clinique plus ou moins évident.

LA PÉRIODE OPTIMA POUR L'INSTITUTION DU TRAITEMENT ABORTIF

Quels sont les délais à envisager pour que le traitement soit véritablement abortif ?

Il est de toute évidence que plus tôt le traitement sera institué, plus il aura de chances de se montrer abortif.

Nous croyons intéressant de signaler la statistique de Golay qui bien que n'aboutissant pas aux mêmes conclusions que nous, montre la nécessité du traitement précoce et partant abortif.

Voici les chiffres de Golay :

Malades mis en traitement dans les 10 jours suivant l'apparition du chancre, 4 rechutes sur 25, soit 16 %.

Malades mis en traitement du 10^e au 20^e jour, 17 rechutes sur 50, soit 34 %.

Malades mis en traitement du 20^e au 30^e jour, 10 rechutes sur 22, soit 45,5 %.

Malades mis en traitement du 30^e au 35^e jour, 6 rechutes sur 10, soit 60 %.

Et Golay conclut justement que le pourcentage des échecs du traitement abortif est progressivement croissant à mesure que l'on s'éloigne du début du chancre.

Pour ce qui est des délais à envisager pour pouvoir instituer un traitement abortif, certains auteurs se montrent très sévères exigeant :

*chancre jeune datant de 6 jours au plus,
absence d'adénopathie.*

Conditions bien rarement rencontrées en pratique.

C'est ainsi que M. Spillmann en 1927 et en 1933 affirme que le traitement abortif est le traitement de la syphilis très jeune, l'accident primitif datant de 3 à 4 jours à peine, il s'agit donc d'une syphilis préhumorale sans réaction ganglionnaire cliniquement appréciable.

Conditions très rarement réalisées dans la pratique courante.

M. Gâle lui aussi reste fidèle au traitement abortif à condition que l'accident primitif soit de date récente, huit jours au plus et qu'il n'y ait encore aucune réaction ganglionnaire et que les réactions sérologiques Bordet Wassermann Hecht et Kahn soient négatives.

M. Nicolas le tente dans les 6 à 10 premiers jours en tout cas avant le 15, 16^e jour, à condition qu'il n'y ait pas de réaction ganglionnaire et que la sérologie soit négative.

D'autres auteurs sont moins absolus :

M. Gougerot entend le traitement dans les quinze jours suivant le chancre.

Nous nous rangeons derrière l'avis de *M. Sezary* qui préconise de tenter le traitement abortif pendant la période préhumorale ou encore presérologique c'est-à-dire la période située entre la date d'apparition du chancre et celle des réactions syphilitiques qui, en effet, apparaissent 12 à 15 jours après le début du chancre, soit 5 semaines environ après la contamination.

Le Crochet de Tzanck. — Non seulement nous conseillons de pratiquer un examen sérologique, Hecht, Meinicke, en même temps que l'examen ultra microscopique, mais nous croyons qu'un nouvel examen sérologique pratiqué cinq jours plus tard est nécessaire. Suivant le rythme du traitement que nous exposons plus loin, le malade a déjà reçu 0,15 et 0,30 de Novarseno-benzol et 2 Muthanol, on pourra de cette façon déceler une positivité plus ou moins marquée de ses réactions sérologiques, c'est le crochet de Tzanck.

Il s'agit là d'une réaction momentanée, véritable phénomène d'Herxheimer sérologique.

Il faut signaler que Ravaut, Germerich etc., ont constaté dans les mêmes conditions une réactivation des réactions du liquide céphalo rachidien.

M. Sezary écrit que si ces réactions Hecht, Meinicke restaient positives pendant plusieurs semaines on devait considérer que le malade avait dépassé la période préhumorale, le traitement serait alors le traitement ordinaire de la syphilis.

LA CONDUITE DU TRAITEMENT ABORTIF

LES MÉDICAMENTS

LES LOIS GÉNÉRALES

LES MÉDICAMENTS EMPLOYÉS

Avant de passer en revue les diverses modalités de traitement, quels sont les médicaments qui sont utilisés par la majorité des syphiligraphes ?

Au premier plan se présente l'arsenic sous la forme trivalente. — On a abandonné la préparation 606 d'Erllich (dichlorhydrate de dioxy-diamino-arsenobenzol) en raison de la complexité de son mode d'emploi. L'immense majorité des syphiligraphes emploie dans le traitement abortif le 914 (dioxy-diamino-arseno-benzol-monométhylène-sulfoxylate de soude).

C'est le médicament indispensable dans le traitement abortif (Gougerot).

C'est un arsenic trivalent, contenant 19,3 à 19,5 % d'arsenic.

On le trouve dans le commerce sous forme d'ampoules scellées, allant de 0 gr. 15 à 1,20 en passant par 0,30, 0,45, 0,60, 0,75, 0,90, 1,05.

On l'injecte dissous dans de l'eau distillée, par voie intraveineuse.

La dose normale par injection chez un individu normal est de 1 cg. 1/2 par kilog. La dose totale pour une série est de 10 centigrammes par kilog.

Les injections doivent être séparées par un certain nombre de jours pour permettre l'élimination du médicament.

On compte en moyenne deux jours entre 0,15 et 0,30 ; trois entre 0,30 et 0,45 ; cinq entre 0,45 et 0,60 ; une semaine à partir de 0,60.

Nous n'insisterons pas sur le sulfarsenol qui se compose de la base 606 et d'une molécule de sulfite acide de soude et qui contient 20 % d'arsenic.

Livré en ampoules de 3 cg., 6 cg., 12, 18, etc., jusqu'à 60.

On l'injecte par voie intramusculaire en le dissolvant soit dans du sérum glucosé isotonique, soit dans du sérum glucosé phéniqué (Minet) appelé dans le commerce arseno-solvant. La dose maxima est 0,60 dans la règle car au-dessus l'injection est douloureuse.

Le sulfarsenol dans le traitement abortif ne doit être considéré que comme un médicament de complément, mieux, de remplacement, en cas d'intolérance au novarsenobenzol, ou pour tout autre cause empêchant l'administration du 914.

Le Bismuth. — Introduit dans la thérapeutique en 1921 par Sazerac et Levaditi, ce médicament d'une grande activité fait partie de l'arsenal thérapeutique composant le traitement abortif,

On emploie de préférence.

1) Les suspensions dans l'huile du bismuth :

Le muthanol (hydroxyde de Bismuth) délivré en ampoules de 2 cmc contenant 13 centigrammes de bismuth métal. On l'emploie en injections intra-musculaire tous les 4 jours par série de 15 à 20 injections.

Signalons l'existence du muthanol double dose, que l'on injecte tous les 8 jours par série de 10.

Le curalues carbonate de Bismuth, contient 8 cg. de Bi-métal par centimètre cube, même mode d'emploi que pour le muthanol.

Le quinby, iodo Bismuthate de quinine, le rubyl ne contiennent que 7 cg. par ampoule de 3 cmc.

Le Bismuth se rencontre encore sous forme de solution

huileuse dont l'activité thérapeutique paraît supérieure à celle des suspensions huileuses.

Le Bivatol α) carboxéthyl ; β) méthylnoñoate basique de Bismuth ; dont les ampoules de 2 cmc contiennent 10 centigrammes de Bismuth.

Citons le néocardyl, le solmuth, l'olbia, solutions huileuses de campho-carbonate de Bismuth.

Le quinby soluble.

Le Biazan.

Quant au **mercure**, bien que le plus anciennement connu des médicaments antisypilitiques, il a dû céder la place prééminente qu'il détenait à l'arsenic et au bismuth. Le traitement abortif exclusivement mercuriel est déficient (Sezary), certains l'associent à l'arsenic comme adjuvant.

Deux formes sont à signaler :

Le cyanure de mercure — qui se fait par voie intra-veineuse —. Injection de 1 centigramme 10 à 20 jours consécutifs.

L'huile grise, arquéritol du commerce, dont on injecte une fois par semaine 7 à 10 divisions de la seringue de Barthélémy ce qui correspond de 7 à 10 centigrammes de mercure injectés en une fois.

LOIS GÉNÉRALES DE TRAITEMENT

Des lois générales, véritable charte du traitement abortif sont observées par tous les syphiligraphes.

Ils insistent tout d'abord sur la nécessité d'un *traitement d'urgence*.

Traiter aussitôt que possible (Jeanselme Queyrat).

Il s'agit d'un *traitement d'attaque*, aussi énergique, aussi intensif que possible.

M. Hudelo précise en 1922 :

« Il doit être aussi intensif que possible, comme doses employées, répartition des doses, brièveté de leur espacement, comme nombre de ces doses successives ».

On sait en effet que des séries pratiquées à doses insuffisantes ne donnent pas le résultat escompté (M. Pinard) et sont même dangereuses (Milian, Sezary).

Ce traitement doit être répété un nombre de fois suffisant, par cures suffisamment multipliées, et surtout en prenant soin que les périodes de repos intercalaires aux cures soient limitées au minimum de durée.

Jamais plus de 21 jours pour le traitement arsenical seul (M. Pinard).

Jamais plus de un mois pour le traitement conjugué arsено-bismuthique (M. Sezary).

Le traitement abortif doit être persévérant, durer au moins 18 mois (MM. Hudelo-Nicolas). Pour M. Sezary nécessité d'un traitement d'attaque massif de un an, avec par prudence un traitement de consolidation de un an (1).

« *Il faut frapper vile et fort* ».

(1) Certains (Clément Simon) n'accordent pas de valeur à la période présérologique, au point de vue thérapeutique, le traitement doit être aussi prolongé, commencé avant ou après l'apparition des réactions biologiques.

MÉTHODES DIVERSES DE TRAITEMENT ABORTIF

Voici exposée schématiquement la méthode de Politzer, de New-York, telle que la pratique M. Paul Chevallier :

I. — *Assaut arséno-benzolique.* — Chez l'adulte, on injecte 3 jours de suite par voie intraveineuse, 0,90 de novarsenobenzol.

II. — *Cure de consolidation.* — Une série d'injections de doses et de rythmes classiques de Bismuth ou de mercure.

III. — Un mois de repos environ.

IV. — Nouvelle cure semblable et ainsi de suite.

Restrictions. — Méthode réservée aux sujets sans tare (hépatique, rénale, ou autre) presque exclusivement réservée aux individus jeunes.

Ce n'est pas un traitement ambulatoire, c'est une méthode d'hôpital ou de maison de santé : le patient étant mis au lait et au lit depuis la veille jusqu'au lendemain de l'assaut arsenobenzolique.

L'injection doit être faite lentement, 0,90 en 15 à 20 minutes et cessée immédiatement en cas de malaises.

A noter, après la première injection, réaction fébrile qui ne se reproduit pas ou plus minime après la deuxième injection (réaction d'Herxheimer fébrile).

Les incidents sont exceptionnels.

Les phénomènes d'intolérance sont les mêmes que ceux rencontrés dans les autres traitements classiques arséno-benzoliques.

M. Chevallier insiste sur le fait que la supériorité de la

méthode réside moins dans ses résultats thérapeutiques que dans le peu de toxicité des arsénobenzols à doses fortes pourvu que les rafales d'injections soient espacées d'au moins deux mois.

M. Marcel Pinard applique un traitement également très brusqué.

Il pratique chez un malade présérologique, à jeun, le matin, une injection intra-veineuse de 0,15 de novarsénobenzol, et s'il n'y a pas eu de réaction trop violente ou de poussée thermique importante, le soir même 0,75, ou bien, si 0,15 est fait le soir, 0,75 est injecté le lendemain, au cinquième jour il injecte 0,90 ; de même, 0,90 au onzième jour.

Tous les six jours 0,90 jusqu'à 6 gr. soit $4 \times 0,90$. Dose maxima : 1 centigramme et demi par kilog.

C'est-à-dire : 1 gr. 05 pour 70 kilos,

1 gr. 20 pour 80 kilos,

pour les 3 ou 4 dernières doses.

Soit donc dose totale : 7 gr. pour 70 kilos,

8 gr. pour 80 kilos.

Après cette première série : repos 21 jours.

Examen sérologique, puis reprise d'une deuxième série à la dose de 0,60 à 0,75. Suivant le poids du malade on progressera jusqu'à 0,90, 1 gr. 05, 1, 20, 8 injections seront ainsi pratiquées.

Nouvel arrêt de 21 jours ; nouvel examen sérologique et troisième série analogue.

Si la sérologie a toujours été négative, M. Pinard en reste là.

Telles sont les méthodes de traitement abortif les plus massives.

Ces méthodes sont mono-médicamenteuses, l'arsenic est seul employé comme médicament d'attaque.

Pour M. Sezary, elles sont dangereuses car il faut non seulement tâter la susceptibilité du malade en commençant le traitement par de petites doses, mais encore il faut être

prudent dans la progression des doses d'une même série, certaines intolérances ne se montrant qu'après l'injection de 30, 45 ou de 60 centigrammes ; leurs symptômes pourraient être particulièrement graves si ces malades étaient soumis à ce mode de traitement.

M. Nicolas, en 1934, préconise lui aussi un traitement abortif mono-médicamenteux, tantôt par des séries de Novarsenobenzol de 6 et 7 grammes suivant le poids, administrées par voie intraveineuse à doses progressivement croissantes. Repos de 3 à 4 semaines puis nouvelle cure de Novar et ensuite pendant la première année 4 cures de 4 gr. de novar intraveineux, séparées par des repos de 1 mois et demi.

On peut être autorisé à remplacer le novar par le bismuth dont les préparations ont fait leurs preuves, en cas d'arseno-résistances ou d'intolérance même d'emblée, à raison de 15 à 20 injections de Bismuth liposoluble à 2 cc., à raison de 0.08 de bismuth métal par injection, ou 12 à 15 injections d'hydroxyde de bismuth en solution huileuse à 2 cc. à raison de 0,30 d'hydroxyde et 0,13 de bismuth métal par injection ; nouvelle série après 3 à 4 semaines de repos. Une série tous les 3 à 4 mois pendant 1 an. On peut espérer la guérison après le traitement, cependant, malgré tous les examens, on n'est pas certain de l'avoir obtenue; aussi M. Nicolas croit-il plus prudent d'instituer « un traitement de fond, méthodique, régulier, chronique, intermittent ».

M. Rabut préconise le traitement d'attaque par le bismuth et pense que le bismuth peut rivaliser avec l'arsenic en raison de la constance, de la rapidité, de la stabilité des résultats obtenus, en outre il aurait le gros avantage d'être d'une innocuité absolue.

M. Spillman fait un traitement d'attaque arsenical aux doses normales 6 à 7 grammes avec 5 fois 0,90 les premières injections aussi rapprochées que possible.

Puis après trois semaines de repos et examen sérologique, deuxième série arsenicale semblable.

Après 2 mois de repos, pendant l'année qui suit, 4 séries de 12 intra-musculaires de bismuth liposolubles.

Ensuite surveillance et réactivation.

M. Clément Simon pratique un traitement d'attaque arsenical avec au total de 5 à 7 gr., 3 à 5 fois 0,90.

Un mois de repos, examen sérologique, puis nouveau traitement arsenical.

Puis série mercurielle (huile grise 8 à 10 injections) ou mieux série bismuthique 12 à 16 injections. Après un nouveau repos de 1 mois nouvelle série bismuthique, un mois après cette série examen sérologique et si possible ponction lombaire.

M. le Professeur Gougerot « pour les syphilis en activité « urgentes », surtout pour les chancres avant le quinzième jour c'est-à-dire en période de Bordet-Wassermann encore négatif préconise : ou la technique de Milian 0,45, 0,60 à 0,75, 0,90, 0,90, 1,05 tous les 5 jours, etc., — *ou la modification que Marcel Pinard et lui-même ont proposée à la technique américaine de Politzer* : faire le premier jour 0,15 afin de tâter la tolérance, et, dès le lendemain, si cette dose de 0,15 a été supportée, 0,90, et de 7 jours en 7 jours, 0,90 ou même 1,05 jusqu'à totaliser 7 grammes ».

M. Gougerot intercale en outre une fois par semaine une injection musculaire de Bi.

Au cours de la première année outre cette cure, M. Gougerot institue quatre autres cures :

La deuxième cure : arsénobenzène avec mercure (ou bismuth).

La troisième cure : bismuth.

La quatrième cure : mercure ou bismuth.

La cinquième cure : arsénobenzène ou bismuth, ou mercure suivant la meilleure efficacité.

Entre les cures des arrêts courts de 20 jours.

Un traitement de consolidation de 2 ans est ensuite nécessaire, il comprend quatre cures par an de bismuth et de mercure alternés.

On pratiquera une ponction lombaire à la fin de la troisième année et après une période d'observation de 8 mois, il sera bon de pratiquer un traitement d'assurance.

LE TRAITEMENT ARSENO-BISMUTHIQUE

LA TECHNIQUE DE M. SEZARY

INCONVÉNIENTS. — AVANTAGES

LE TRAITEMENT ABORTIF ARSENO-BISMUTHIQUE

C'est en 1921 que M. Sezary institua et pratiqua le traitement conjugué arsénobismuthique. Il préconisa cette méthode avec Pomaret dès février 1922.

Ravaut, lui aussi, se montra un défenseur énergique de la méthode, il estimait que le traitement arséno-bismuthique comportait le plus d'avantages et que les cures mixtes étaient l'un des meilleurs modes de traitement à opposer à la syphilis.

En France, MM. Hudelo, Louste, Touraine sont partisans de cette méthode. M. Lacapère écrit : « Il y a grand avantage dans le traitement d'une syphilis jeune à associer au traitement arsenical un traitement par les composés insolubles à élimination lente »,

En Allemagne, Hoffmann, de Bonn, depuis 1927, considère les cures arséno-bismuthiques comme les plus actives que nous possédions, chacune d'elles comprend pour cet auteur 6 grammes de « Neo-Salvarsan » et 18 centimètres cubes de « Bismogénol », le tout injecté en six semaines par cures répétées avec des intervalles de repos de six semaines.

La majorité des observations que nous présentons dans ce travail relève de la méthode de traitement conjugué

arseno-bismuthique tel qu'il est pratiqué dans le service de notre maître M. le Professeur agrégé Sezary.

Les observations que M. Paul Lefèvre a bien voulu nous communiquer relèvent elles aussi de la même méthode.

Nous allons tout d'abord exposer la technique de M. le Professeur agrégé Sezary, et nous ne pouvons faire autrement que nous reporter au livre si concis et si clair de notre maître : « *Le Traitement de la Syphilis* ».

Voici ce qu'écrit M. Sezary : « Dès que nous est connue la réponse positive de l'examen ultra-microscopique nous conseillons de pratiquer le traitement arséno-bismuthique.

L'interrogatoire a permis de présumer que l'on se trouvait dans de bonnes conditions de traitement abortif, que la syphilis était à la période pré-humorale. Le chancre, aux dires du malade, datant au plus de 12 à 13 jours.

On contrôlera cette présomption par un examen sérologique et comme il faut aller vite par la même aiguille ayant servi à la ponction veineuse on injectera 0,15, voire 0,30 de novarsenobenzol, et en même temps on pratiquera une injection intra-musculaire d'un sel de bismuth, muthanol de préférence.

Si la séro-réaction est négative on est dans de bonnes conditions pour poursuivre le traitement abortif.

Bien souvent elle est positive, le malade ayant méconnu les premiers stades de son affection, le chancre datant de plus de 13 à 14 jours alors qu'il croit de bonne foi qu'il date d'une semaine au plus ».

Nous n'insisterons pas sur la nécessité de refaire une séro-réaction à quelques jours de distance, 5 à 8 pour rechercher un « crochet de Tzanck », réactivation momentanée, possibilité dont nous avons déjà parlé page 32.

M. Sezary fait pratiquer les injections de novar à des intervalles variant suivant les doses comme nous l'avons vu plus haut page 34.

Il est à noter que si au début de 0,15 à 0,60, on pratique dans la même séance une injection intra-musculaire de

bismuth, à partir de 0,60. M. Sezary conseille de pratiquer soit une injection supplémentaire dans les intervalles séparant les injections intra-veineuses soit l'injection d'une ampoule double dose de Muthanol soit 26 centigrammes de bismuth métal en même temps que l'injection intra-veineuse.

La série arséno-bismuthique terminée soit 7 grammes environ de novarsenobenzol dont 4 à 5 doses à 0,90 et

16 injections de bismuth (muthanol) comment se comporter ?

L'expérience montrant la nécessité des séries multiples, au moins pour le 914, M. Sezary conseille avec Queyrat de faire un traitement plus prolongé.

Il croit prudent d'appliquer pour le traitement abortif, l'intégralité du *traitement d'assaut de un an suivi par prudence d'un traitement de consolidation de un an.*

Soit après le repos de un mois suivant la première série.

Une seconde série semblable arséno-bismuthique.

Suivie d'un repos de un mois.

Puis série arsenicale simple de 6 à 7 grammes elle aussi.

Enfin après un nouveau repos de un mois, une série de quinze injections intra-musculaires d'un sel de bismuth insoluble (muthanol).

Puis au cours de l'année de consolidation, *seconde année de traitement*, faire trois séries de 15 à 20 injections de bismuth.

Il est bien entendu qu'au début de chaque série, on vérifiera systématiquement les réactions sérologiques et on pratiquera un examen somatique complet.

LES COMPLICATIONS DU TRAITEMENT ARSÉNO-BISMUTHIQUE

Voyons rapidement quelles sont les complications du traitement arséno-bismuthique.

Ce traitement particulièrement intensif est fort bien

toléré, ses inconvénients sont les mêmes que ceux de chacun des composants.

Les complications les plus fréquentes sont dues à l'arsenic, citons pour mémoire la crise nitritoïde, la fièvre, les éruptions du 9^e jour, les érythrodermies, l'ictère, etc...

La stomatite bismuthique ne semble pas être influencée préventivement par l'association du traitement arsenical.

En tout cas en présence d'une complication relevant de l'un ou l'autre médicament on ne se trouvera nullement désarmé, il n'y aura qu'à continuer le traitement avec le médicament seul toléré.

LES AVANTAGES DU TRAITEMENT ARSÉNO-BISMUTHIQUE

En face de ces désagréments bien banaux; il y a de nombreux avantages. Nous citerons Ravaut qui en a fait un exposé clair et bref :

Le traitement arséno-bismuthique évite l'accoutumance.

Empêche les réactions thérapeutiques.

Les médicaments se complètent : l'arsenic augmente la tolérance au bismuth qui parfois déprime.

Les arsenicaux corrigent (dans une certaine mesure) les accidents buccaux, intestinaux provoqués par le bismuth.

Les ictères, les érythrodermies sont moins fréquents.

L'activité thérapeutique est plus grande, c'est un traitement ambulatoire facilement suivi. Nous pourrions citer de nombreux auteurs qui se sont ralliés à la méthode.

Carle, de Lyon, écrit que le traitement arséno-bismuthique paraît donner le maximum de sécurité et de résultats.

LES RÉSULTATS DU TRAITEMENT BIEN CONDUIT

Nous pouvons présenter 22 observations relevant exclusivement du traitement arséno-bismuthique tel que M. Sezary le préconise. Ces 22 malades ont suivi régulièrement le traitement, on constatera que les divers examens sérologiques sont négatifs.

La ponction lombaire n'est pas toujours pratiquée à la fin de la première année comme le voudrait M. Sezary, il faut compter avec le bon vouloir du malade.

Note. — L'examen ultra-microscopique est indiqué par le mot *ultra*.

Les résultats sérologiques sont indiqués en abréviation par les lettres H et M, correspondant respectivement aux réactions de Hecht et Meinicke. La ponction lombaire par les lettres majuscules **PL**.

Observation du service de M. le Professeur agrégé Sezary.

G... Lucien, manoeuvre, 28 ans, célibataire.

Vient le 7 mai 1930,

pour une ulcération de la verge, apparue fin avril 1930.

Chancre de la verge,
ultra positif: H 8

M —

A cette époque : Pupilles égales réagissant bien à lumière.
Réflexes « faibles » : achilléens,
rotuliens.

Du 7 mai au 25 juin, reçoit :

5 gr. 70 de Novar, dont $0,90 \times 4$.
16 Muthanol.

Du 30 juillet au 24 septembre, reçoit :

6 gr. 60 de Novar, dont $0,90 \times 5$.
15 Muthanol.

Le 19 novembre 1930 : H 8
M —

Du 19 novembre au 7 janvier 1931 :

5 gr. 85 de Novar, dont $0,90 \times 4$.
16 Muthanol.

Le 7 mars 1931 : H 8
M —

Du 7 mars au 6 mai 1931 :

6 gr. de Novar, dont $0,90 \times 5$.
15 Muthanol.

Deuxième année.

Le 19 avril : H 8
M —

Du 26 août au 18 novembre 1931 :

20 Muthanol.

Arrêt 8 mois.

Le 23 juin 1932 : H 8
M —

et P. L.
alb. 0.25. — Lymph. 1.8.
W H 8 — Bjoin négatif.

Du 6 octobre 1932 au 15 janvier 1932 :

10 Muthanol double.

Disparu ?

Observation du Service de M. le Professeur agrégé Sezary.

G... Pierre, 23 ans, receveur, célibataire.

Vient le 9 juillet 1930,

pour un chancre apparu le 7 juillet 1930, chancre de la verge avec adénop. inguinale.

Cœur normal.

Réflexes tendineux normaux.

Pupilles irrégulières, surtout à gauche.

Réactions lentes, mais normales.

Le 7 juillet 1930 : ultra positif.

Le 9 juillet 1930 : H 8
M —

Du 9 juillet au 29 août 1930 :

6 gr. 75 de Novar, dont $5 \times 0,90$.
5 Muthanol (*stomatite*).

Le 20 octobre 1930 : H 8

M —

Du 31 octobre 1930 au 6 janvier 1931 :

5 gr. 85 de Novar, dont $4 \times 0,90$.
16 Muthanol.

Le 3 avril 1931 : H 8

M —

Du 10 avril au 9 juin :

5 gr. 85 de Novar, dont $4 \times 0,90$.
4 Muthanol (*stomatite*).

Deuxième année.

Le 7 août, le malade revient avec ictère : H 8

M —

Du 7 août au 5 janvier 1932 : 11 Muthanol *stomatite*.

Du 5 janvier au 18 mars : 15 acétylarsan.

Le 29 mars 1932, P. L. : lympho. 0,3.

alb. 0,30.

W négatif.

Bj négatif.

Le 24 juin 1932 : H 8.

M —

Disparu.

Observation du service de M. le Professeur agrégé Sezary.

L... Jean, manutentionnaire, 24 ans.

Vient le 11 juillet 1930,

pour un chancre de la verge apparu « quelques jours » auparavant.

Adénopathie inguinale.

Ref. tend. normaux.

Cœur normal.

pupil. normaux.

Le 11 juillet 1930 : ultra positif.

H 8

M —

Du 11 juillet au 13 septembre :

Novar 6 gr. 75 dont $5 \times 0,90$.
19 Muthanol.

Le 10 octobre : H 8

M —

Du 17 octobre au 8 décembre :

Novar 5 gr. 85 dont $4 \times 0,90$.
12 Muthanol.

Le 23 février : H 8

M —

Du 23 février au 19 mars :

0 gr. 15 à 0 gr. 60 de Novar.
6 Muthanol.

Arrêt 2 mois : grippe ?

Le 18 mai : H 8

M —

Du 29 mai au 31 juillet :

6 gr. 75 de Novar dont $5 \times 0,90$.
6 Muthanol (*abcès buccal*).

Deuxième année.

Du 28 octobre 1931 au 22 janvier 1932 :

10 Muthanol double.

P. L. le 8 janvier 1932 : Lympho 1.8 — W. 8.

albumine 0,25 — Bj. négatif.

Le 1^{er} avril 1932 : H 8

M —

Du 3 mai au 18 juillet : 9 Muthanol double.

Troisième année.

Le 9 décembre 1932 : H 8

M —

Du 9 décembre au 21 février 1933 : 10 Muthanol double.

Quatrième année.

Le 11 septembre 1933 : H 8

M —

Du 18 septembre au 17 novembre : 10 Muthanol double.

Le 30 avril 1934 : H 8

M —

Du 30 avril au 9 juillet : 11 injections de 8 divisions d'arqueritol.

Cinquième année.

Le 28 septembre 1934 : H 8

M —

Le 22 mars 1935 : H 8

M —

Du 22 mars 1935 au 27 juin : 8 Muthanol double.

Sixième année.

Le 12 novembre 1935 : H 8

M —

Examen général normal.

Observation du service de M. le Professeur agrégé Sezary.

D... Robert, 22 ans.

Le 26 juillet 1930 :

Chancre ultra positif.

Bw. négatif.

Reçoit série mixte : Novar 7 gr. 2.

Hydroxyde de Bi, n° 12.

Le 19 septembre : Bw. négatif.

Le 17 octobre : H 8, M —

Du 17 octobre au 3 décembre 1930 :

5 gr. 85 de Novar, $4 \times 0,90$.

17 Muthanol.

Le 8 janvier 1931 : H 8, M —

Du 10 janvier 1931 au 11 mai :

6 gr. 60 de Novar, $0,75 \times 2$.

$0,90 \times 4$.

17 Muthanol.

Le 28 mars 1931 : H 8, M —

Du 2 mai au 24 juin :

6 gr. 60 de Novar, $0,75 \times 2$, $0,90 \times 4$.

13 Muthanol.

Deuxième année.

Le 12 septembre : H 8, M —

Du 12 septembre au 21 novembre : 10 Muthanol double.

P. S. 21 février 1932 : H 8, M —

Du 5 mars au 28 mai : 18 Muthanol.

Troisième année.

Le 24 septembre 1932 : H 8, M —

Du 8 octobre 1932 au 7 décembre : 10 Muthanol.

Le 10 juin 1933 : H 8, M —

Du 17 juin au 6 septembre : 11 Muthanol double.

Quatrième année.

Le 17 janvier 1934 : H 8, M —

Du 20 janvier 1934 au 31 mars 1934 : 10 Quinby double.

Cinquième année.

Le 24 octobre 1934 : H 8, M —

P. L. lympho 1 Bjoin négatif.

alb. 0.20 H 8.

On lit sur le dossier :

Faire en raison insuffisance des 2^e et 3^e années, une série arqueritol chaque semestre, dans l'intervalle calomel *per os*.

Une série arqueritol est pratiquée de novembre à décembre 1934.

Puis le malade *disparaît*.

Observation du service de M. le Professeur agrégé Sezary.

Du... Eugène, 39 ans.

Le 29 octobre 1930.

Examen somatique négatif.

Chancre : ultra positif.

H 8 — M —

Du 29 octobre 1930 au 24 décembre 1930 :

6 gr. 75 de Novar, 5×90 .

18 Muthanol.

Le 11 février 1931 : H 8, M —

Du 11 février 1931 au 6 mai :

6 gr. 75 de Novar, $5 \times 0,90$.

18 Muthanol.

Le 8 juillet 1931 : H 8, M —

Du 8 juillet au 16 septembre 1931 :

6 gr. 75 Novar, $5 \times 0,90$.

14 Muthanol.

Deuxième année.

Le 18 novembre 1931 : H 8, M —

Du 25 novembre au 10 février 1932 :

7 gr. 35 de Novar, $4 \times 0,90$, $3 \times 0,75$

20 Muthanol.

Le 18 mai 1931 : H 8, M —

Du 18 mai au 27 juillet : 10 Muthanol double.

Le 23 novembre 1932 : H 8, M —

Troisième année.

Du 30 novembre 1932 au 8 février 1933 : 10 Muthanol double.

Le 19 juillet 1933 : H 8, M —

Du 25 juillet 1933 au 21 octobre 1933 : 10 Muthanol double.

Quatrième année.

Le 18 avril 1934 : H 8, M —

Du 25 avril 1934 au 27 juin : 10 Muthanol double.

Cinquième année.

Le 7 janvier 1935 : H 8, M —

P. L. cellules 0,8

Alb. 0,20

W 8 Bjoin négatiff.

Du 11 février 1935 au 25 avril : 10 M2.

Arrêt un an.

Observation du service de M. le Professeur agrégé Sezary.

F... Jean, manoeuvre, 24 ans.

Vient le 25 février 1931,

pour chancre de la verge, apparu le 23 février 1931.

Chancre en cocarde.

Adénopathie inguinale.

Ultra positif. Blennorragie.

R. Tendineux normaux.

Le 25 février 1931 : ultra positif.

Pupillaires normaux.

Le 28 février 1931 : H 8

M —

Du 25 février 1931 au 21 avril :

6 gr. 75 Novar, $5 \times 0,90$

13 Muthanol.

Le 21 mai : H 8

M —

Du 13 juillet au 22 septembre :

5 gr. 40 de Novar, $3 \times 0,90$.

Stomatite à 2 Muthanol.

2 octobre 1931 : H 8

M —

Du 26 octobre au 19 décembre :

5 gr. 10 Novar, $4 \times 0,75$.

Stomatite à 1 Muthanol.

Deuxième année.

29 mars 1932 : H 8

M —

Du 2 avril au 17 mai : Novar 5 gr. 25, dont $5 \times 0,75$.

19 août 1932 : H 8

M —

Du 19 août au 15 novembre : 8 Muthanol double.

Troisième année.

17 février 1933 : H 8

M —

Du 27 février 1933 au 18 avril : 15 acétylarsan.

Le 8 septembre 1933 : H 8

M —

Du 8 septembre 1933 au 14 décembre 1933 :

15 acétyl.

15 Muthanol.

Quatrième année.

Le 7 mars 1934 : H 8

M —

Avril-mai 1934 : quinby double, n° 10.

Le 21 décembre 1934 : H 8

M — une série de 7 quinby double.

Cinquième année.

Le 21 février 1935 :

Ponction sous-occipitale :

Cellules 1.8 alb. 0,25.

Bjoin négatif.

W H 8.

Le 3 octobre 1935 : H 8

M — une série de 10 Muthanol double.

Observation du service de M. le Professeur agrégé Sezary.

C... Maurice, 27 ans.

Vient le 15 avril 1931,

pour chancre de la fossette latérale du frein.

Examen somatique normal.

Le 15 avril 1931 : ultra positif.

H 8 M —

Du 15 avril 1931 au 3 juin 1931 :

7 gr. 05 de Novar, $5 \times 0,75$, $2 \times 0,90$

20 Muthanol.

Le 4 septembre 1931 : H 8 M —

Le 4 juillet 1931 : H 8 M —

Du 4 juillet au 12 septembre 1931 :

6 gr. 90 de Novar, $6 \times 0,90$.

Le 29 octobre 1931 : H 8 M —

Du 29 octobre 1931 au 9 janvier 1932 :

6 gr. 75 : $5 \times 0,90$.

16 Muthanol.

12 mars 1932 : H 8 M —

Deuxième année.

Du 19 mars 1932 au 21 mai 1932 : 10 Muthanol double.

23 juillet 1932 : H 8 M —

Du 30 juillet 1932 au 4 octobre 1932 : 14 acétyl.

Le 7 janvier 1933 : H 8
M —

Du 11 janvier 1933 au 18 mars 1933 : 10 Muthanol double.

Troisième année.

Le 18 juillet 1933 : H 8 M —

Du 22 juillet 1933 au 11 octobre 1933 : 10 Muthanol double.

Le 17 janvier 1934 : H 8 M —

Du 17 janvier 1934 au 28 mars 1934 : 10 Muthanol double.

Quatrième année.

Le 27 juin 1934 : H 8 M —

Du 4 juillet 1934 au 29 septembre 1934 : 10 Muthanol double.

Le 21 janvier 1935 : H 8 M —

Du 28 janvier 1935 au 5 avril 1935 : 10 Muthanol double.

Cinquième année.

Le 7 juin 1935 :

P. L.	Lymph. 0,8	Alb. 0,20.
	H 8	Bjoin négatif.

Observation du service de M. le Professeur agrégé Sezary.

R... Marcel, 18 ans.

Vient le 15 avril 1931,

pour chancre du sillon balano préputial.

Examen somatique négatif : ultra positif.

H 8 M —

Du 15 avril au 10 juin 1931 :

7 gr. 10 de Novar, $5 \times 0,75$. $2 \times 0,90$

17 Muthanol.

Le 8 juillet 1931 : H 8 M —

Du 15 juillet 1931 au 28 août 1931 :

3 gr. Novar, 0,15 à 0,90.

7 Muthanol double.

Le 30 septembre 1931 : H 8 M —

Du 7 octobre 1931 au 18 novembre 1931 :

4 gr. 80 de Novar, $3 \times 0,90$.

8 Muthanol.

Le 7 janvier 1932 : H 8 M —

Du 13 janvier au 9 mars : 16 Muthanol.

Deuxième année.

Le 8 mai 1932 : H 8 M —
Du 14 mai au 28 juin : 9 Muthanol double.
Du 14 mai au 29 juin : 9 Muthanol double.
Le 5 octobre 1932 : H 8 M —
Du 12 octobre 1932 au 28 décembre : 14 Muthanol.

Troisième année.

Le 5 avril 1933 : H 8 M —
Du 12 avril 1933 au 14 juin : 10 Muthanol double.
Le 10 janvier 1934 : H 8 M —
Du 18 janvier 1934 au 28 mars : 7 Muthanol double.

Quatrième année.

Du 11 novembre 1934 au 27 décembre 1934 : 10 campho carb. Bi.

Cinquième année.

Du 23 mai 1935 au 3 juillet 1935 : 10 campho carb. Bi.
Le 23 novembre 1935 : H 8 M —
P. L., 5 février 1936 : Lympho 1,4.
Alb. 0,25.
W. 8.
Bjoin négatif.
Le 20 février 1936 : H 8
M —

Observation du service de M. le Professeur agrégé Sezary.

P... Paul, 29 ans.

Vient le 18 juillet 1931,
pour chancre induré, sillon balano-préputial, datant de 15 jours.

Examen somatique : négatif : ultra positif.

H 8
M —

Du 18 juillet 1931 au 12 septembre 1931 :

Novar 6 gr. 75, dont $5 \times 0,90$.
18 Muthanol.

Le 17 octobre 1931 : H 8 M —

Le 24 octobre 1931 au 19 décembre 1931 :

5 gr. 85 de Novar, dont $4 \times 0,90$.
14 Muthanol.

Le 30 janvier 1932 : H 8 M —

Du 6 février 1932 au 2 avril 1932 :

5 gr. 85 de Novar, dont $4 \times 0,90$.
9 Muthanol double.

Le 25 juin 1932 : H 8 M —

Du 25 juin 1932 au 24 septembre 1932 :

10 Muthanol double.

Deuxième année.

Le 7 décembre 1932 : H 8 M —

Du 24 décembre 1932 au 22 février 1933 :

10 arqueritol à 10 divisions.

Le 8 juillet 1933 : H 8 M —

Du 10 juillet 1933 au 5 octobre 1933 : 16 acétylarsan.

Troisième année.

Le 20 janvier 1934 : H 8 M —

Du 27 janvier 1934 au 14 avril 1934 : 10 Muthanol double.

Le 18 août 1934 : H 8 M —

Quatrième année.

Du 18 août 1934 au 27 octobre 1934 : 10 Muthanol double.

Le 4 mars 1935 : H 8 M —

P. L., le 7 mars 1935 :	Lympho 0,6	Alb. 0,25.
	W 8	Bjoin négatif.

Observation du service de M. le Professeur agrégé Sezary.

Ve... Henri, 54 ans, marié.

Vient le 22 juillet 1931,

pour chancre induré du fourreau, apparu il y a un mois, à la suite d'une vésicule d'herpès.

Pas d'autre lésion cutanée ou muqueuse.

Réflexes : tendineux, normaux.
Pupillaires, normaux.

Le 22 juillet 1931 : ultra positif.

H 8

M —

Du 22 juillet 1931 au 11 septembre 1931 :

Novar 6 gr. 75, dont $5 \times 0,90$.
17 Muthanol.

Le 13 octobre 1931 : H 8

M —

Du 13 octobre 1931 au 10 décembre :

Novar 6 gr 75, $5 \times 0,90$.

4 Muthanol (gingivite).

Le 25 janvier 1932 : H 8

M —

Du 25 janvier 1932 au 24 mars 1932 :

Novar 5 gr. 85, dont $4 \times 0,90$.

9 Muthanol.

Le 5 avril 1932, P. L. : Lymph. 0,8 Alb. 0,25.

Huitième mois.

W. H 8

Bjoin négatif.

Le 31 mai 1932 : H 8

M —

Du 31 mai 1932 au 2 août 1932 : 10 Muthanol double.

Deuxième année.

Le 15 novembre 1932 : H 8

M —

Du 15 novembre 1932 au 16 janvier 1933 : 16 acétyl.

28 avril 1933 : H 8

M —

Du 2 mai 1933 au 4 juillet 1933 : 10 Muthanol double.

Troisième année.

14 novembre 1933 : H 8

M —

Du 14 novembre 1933 au 16 janvier 1934 : 10 Muthanol double.

Quatrième année.

23 juillet 1934 : H 8

M —

Du 26 juillet 1934 au 25 mars 1934 : 10 Muthanol double.

Disparu au cours de la quatrième année.

Observation du service de M. le Professeur agrégé Sezary.

B... Maurice, 23 ans.

Vient pour ulcération anale,

le 2 décembre 1931,

qui serait apparue il y a 6 mois ?

Examen général : négatif.

Réflexes : tendineux : normaux.

pupillaires : normaux.

Le 2 décembre 1931 : ultra positif.

H 8

M —

Du 2 au 8 décembre 1931 : 0 gr. 15, 0 gr. 30, 0 gr. 45 de Novar.
arrêté pour fièvre, 40°.

Du 8 décembre 1931 au 2 février : 5 gr. de sulfar, $3 \times 0,66$,
 $1 \times 0,72$.

En même temps : 18 Muthanol.

Le 14 mars 1932 : H 8

M —

Du 14 mars au 6 juin 1932 :

Sulfar 4 gr. 68, $0,72 \times 1$.

11 Muthanol double.

Le 12 août 1932 : H 8

M —

Du 12 août 1932 au 24 octobre 1932 :

4 gr. 68 de sulfar, $0,72 \times 1$.

10 Muthanol double.

Deuxième année.

Le 16 janvier 1933 : H 8

M —

Du 23 janvier au 27 mars : 10 Muthanol double.

P. L., 17 juillet 1933 : Lympho de 8, alb. 0,20.

W — — —

Benj. — — —

P. sang, 3 juillet 1933 : H 8

M —

Continue à se traiter chez médecin particulier.

Observation du service de M. le Professeur agrégé Sezary.

S... Ayop, 29 ans.

Vient le 3 décembre 1931,

pour un chancre du sillon B. P. près du frein, induration, adénopathie, blennorragie en cours.

Bon état général.

Ultra positif.

Examen somatique : R. Tendineux normaux.

Pas d'argyll.

« Aurait-eu la syphilis il y a 6 ans en Grèce ?

Traité par 3 séries 606 et Bi pendant un an. Depuis rien.

Se fait faire B. W. à plusieurs reprises en France. Toujours négatifs. »

Le 3 décembre 1931 : ultra positif.

H 8 M —

Du 3 décembre 1931 au 27 janvier 1932 :

Novar 5 gr. 85, dont $4 \times 0,90$.

15 Muthanol.

Le 2 mai 1932 : H 8 M —

Du 15 juin 1932 au 20 août :

6 gr. 75 de Novar, $5 \times 0,90$.

15 Muthanol.

Le 1^{er} octobre : H 5 M + ?

Le 8 octobre : H 8 M —

Du 19 octobre au 21 décembre :

Novar 5 gr. 85, dont $4 \times 0,90$.

14 Muthanol.

Deuxième année.

Le 3 mars 1933 : H 8 M —

Du 11 mars au 6 mai 1933 :

Novar 5 gr. 85, dont $4 \times 0,90$.

9 Muthanol double.

Le 5 août 1933 : H 8 M —

Du 9 août 1933 au 30 septembre : 10 Muthanol.

Troisième année.

Le 13 janvier 1934 : H 8 M —

Du 20 janvier au 28 avril : 10 Muthanol double.

Le 25 août 1934 : H 8 M —

Du 25 août au 18 octobre : 15 acétyl.

Quatrième année.

Le 4 avril 1935 : H 8 M —

Le 10 avril 1935 : P. L. Eléments 12,6.
 B. W. 8.
 Bjoin négatif.

La ponction lombaire a ramené du sang.

1,8 lympho du liquide.

Donc normal : Dr Duruy.

Du 5 décembre 1935 : H 8 M —

Du 5 décembre au 23 janvier 1936 : 7 arquenitol à 8 divisions !

Examen somatique : normal.

On ne peut tenir compte de la première contamination, dont on n'a d'autre preuve que les dires du malade.

Observation du service de M. le Professeur agrégé Sezary.

T... Henri, 20 ans, célibataire.

Vient le 16 novembre 1932,

pour chancre induré du gland (face gauche) avec adénopathie inguinale bilatérale, apparu il y a environ 15 jours.

Le 12 novembre 1935 : ultra négatif.

Le 16 novembre 1932 : ultra positif.

Examen somatique : négatif.

Le 16 novembre 1932 : H 8
 M —

Du 16 novembre au 10 janvier :

6 gr. 75 de Novar, dont 5 × 0,90.
18 Muthanol.

Le 21 février 1933 : H 8
 M —

Du 21 février 1933 au 7 avril 1933 :

5 gr. 80 de Novar, dont 4 × 0,90..
15 Muthanol.

Part au régiment et y reçoit :

Du 19 juillet 1933 au 25 août 1933 : 12 Bivatol.

Du 18 octobre 1933 au 11 décembre 1933 :

6 gr. 60 de Novar, 5 × 0,90.

Deuxième année.

Du 15 janvier 1934 au 7 mars 1934 :

6 gr. 60 de Novar, 5 × 0,90,
et 8 injections de Bismuth ?

Les Wasserman pratiqués au cours de ce traitement furent à quatre reprises négatifs.

Ponction lombaire, à son retour le 5 mai 1934 :

Lympho, 2 Alb., 0,25.
W. 8 Bjoin négatif.

Le 18 octobre 1934 : H 8
 M —

Du 18 octobre 1934 au 24 décembre 1934 : 10 muthanol double.

Troisième année.

Le 1^{er} avril 1935 : H 8
 M —

Du 1^{er} avril 1935 au 7 juin 1935 : 10 arqueritol à 8 divisions.

Le 7 octobre 1935 : H 8
 M —

Du 7 octobre 1935 au 26 novembre 1935 : 14 Acetylarsan.

Quatrième année.

Examen somatique normal.

Observation du dispensaire de Boulogne-Billancourt

(Dr Paul Lefèvre)

F... Honoré, 24 ans.

Le 30 janvier 1933, va consulter dans le service de M. le Professeur Gougerot,

Chancre de la verge,
Ultra positif.

B. W. négatif.

Du 30 janvier 1933 au 20 mars 1933 :

6 gr. 75 de Novar, 0,90 × 5.

Le 21 avril 1933 : Hecht.
 Meinicke, négatifs.
 Kahn.

Du 28 avril au 20 juin :

5 gr. 85 de Novar, 0,90 × 4.
14 Muthanol.

Le 21 août 1933 : H,
 M, négatifs.
 K,

Du 25 août au 23 octobre :

Novar 6 gr. 75, 0,90 × 5.
Olbia n° 5 (stomatite).

Le 5 janvier 1934 : H,
M, négatifs.
K,

Deuxième année.

Du 12 janvier au 23 février :
Novar 5 gr. 70 dont $4 \times 0,90$.
12 Muthanol.

Le 7 mai 1943 : H.
M, négatifs.
K.

Du 11 mai au 25 juin : 7 Muthanol double.

Le 2 novembre 1934 : H.
M. négatifs.
K.

Du 26 novembre au 14 janvier 1935 : 7 Muthanol double.

Troisième année.

P. L. Le 2 janvier 1935 : Cyto 0,6 Alb. 0,18.
Institut Fournier. W. H 8 Bénjoin négatif.
Taka et Ara négatifs.

Du 5 mai 1935 au 17 juin : 6 Muthanol double.

Le 4 août 1935 : H.
M. négatifs.
K.

Rien à l'examen somatique.

Observation du service de M. le Professeur agrégé Sezary.

Pe... Gustave, employé, 50 ans.

Vient le 8 juillet 1933,

pour ulcérations du gland, apparues 8 à 10 jours auparavant.

Chancre induré du gland (face gauche) et chancre mou du méat.

Adénopathie inguinale caractéristique.

Le 4 juillet : ultra négatif.

H 8

M —

Le 8 juillet : ultra positif.

H 8

M —

Du 8 juillet 1935 au 7 septembre 1935 :

6 gr. 45 de Novar, $0,90 \times 4$.

16 Muthanol.

Le 13 octobre 1933 : H 8

M —

Du 13 octobre 1933 au 2 novembre 1933 :

0,15, 0,30, 0,45 $\times$ 2.

5 Muthanol.

Arrêt pour sciatique.

5 janvier 1934 : H 8

M —

Du 11 janvier 1934 au 9 mars 1934 :

6 gr. 60 de Novar, 0,90 $\times$ 4.

14 Muthanol.

Deuxième année.

20 juillet 1934 : H 8

M —

Du 20 juillet 1934 au 2 octobre 1934 : 10 Muthanol double.

1^{er} février 1935 : H 8

M —

8 février 1935. **Ponction sous-occipitale :**

cellules 0,2 Alb. 0,15.

W. H 8 Benj. négatif.

Février, mars, avril : Arqueritol n° 10 à 7 divisions.

Troisième année.

Le 11 octobre 1935 : H 8

M —

Du 11 octobre au 17 décembre : 8 Muthanol double.

Examen somatique normal.

Observation du dispensaire de Boulogne-Billancourt

(Dr Paul Lefèvre)

V... Henri, 22 ans.

Va consulter à Cochin en juillet 1933

pour un accident primitif.

Ultra positif.

(Pas de Wasserman positif avant le traitement).

Reçoit : Novar, 0,15, 0,75, 0,90 $\times$ 5, au total 5 gr. 40.

A noter le dernier 0,90, mal supporté.

Trois semaines après cette série : Hecht,

Kahn, négatifs.

Du 15 septembre 1933 au 30 octobre, reçoit :

8 Bivatol,

puis 6 Muthanol.

Donc pas d'arsenic au cours de la 2^e série.

Le 17 novembre 1933 : H.

M. négatifs.

K.

Du 17 novembre 1933 au 12 janvier 1934 :

Novar 6 gr. 60, $0,75 \times 2$, $0,90 \times 4$.

et 17 Muthanol.

Le 5 avril 1934 : H.

M. négatifs.

K.

Du 5 avril 1934 au 14 mai 1934 :

Novar 6 gr. 60, dont $0,90 \times 5$.

et 19 Muthanol.

Deuxième année.

Le 6 juillet 1934 : H.

M. négatifs.

K.

Du 13 juillet au 1^{er} octobre 1934 :

6 gr. 60 de Novar, dont $0,90 \times 5$.

et 19 Muthanol.

Le 3 décembre 1934 : H.

M. négatifs.

K.

Du 7 décembre 1934 au 7 janvier 1935 : 5 Bivatol.

Interruption grippe.

Le 1^{er} avril 1935 : H.

M. négatifs.

K.

Du 1^{er} avril au 5 mai : 6 Muthanol.

Interruption.

Troisième année.

Le 14 octobre 1935 : H.

M. négatifs.

K.

P. L. le 26 octobre 1935 : Cyto 0,8.

Alb. 0,36 au Vernes.

0,33 au Sicard.

Taka ara négatif.

W. H 8.

Benjoin négatif.

Réflexes : Rotuliens, normaux.

Achilléens. normaux.

Les pupilles réagissent à la lumière.

Pas de céphalée après la ponction lombaire.

Observation du service de M. le Professeur agrégé Sezary.

De L... Armand, 46 ans.

Vient le 2 août 1933,

pour une ulcération de la verge, datant de 4 jours.

Chancres indurés d'aspect lardacé typique du sillon balano-préputial, face droite. Adénopathie type.

Le 2 août 1933 : ultra positif.

Hecht anticomplémentaire.

Meinicke négatif.

Du 2 août 1933 au 22 octobre 1933 :

5 gr. 85 de Novar, $0,90 \times 4$.

14 Muthanol.

En fin de série, le 27 octobre : H 8

M —

Le 20 novembre : H 8

M —

Du 20 novembre au 9 janvier :

5 gr. 85 de Novar, $4 \times 0,90$.

15 Muthanol.

Le 27 février 1938 : H 8

M —

Du 27 février 1934 au 8 juin 1934 : 10 Muthanol double.

Deuxième année.

Le 28 septembre 1934 : H 8

M —

Ponction lombaire, 28 septembre 1934 :

Lympho 1,8 W. négatif.

Alb. 0,18. Bjoin négatif.

Du 18 octobre 1934 au 15 janvier 1935 : 10 Muthanol double.

Le 14 juin 1935 : H 8

M —

Du 18 juin 1935 au 26 septembre 1935 : 10 Muthanol double.

Troisième année.

13 février 1936 : H 8

M —

En cours de série Muthanol double.

Examen somatique négatif.

Observation du service de M. le Professeur agrégé Sezary.

B... Lucien, 24 ans.

Vient le 9 août 1933 :

chancre induré du sillon balano-préputial avec adénopathie, d'autant de 4 jours.

Ultra positif.

Le 9 août 1933 : H 8 M —

Du 9 août 1933 au 27 septembre :

6 gr. 75 de Novar, $5 \times 0,90$.

15 Muthanol.

Le 25 octobre 1933 : H 8 M —

Du 25 octobre au 20 décembre 1933 :

5 gr. 85 de Novar, $4 \times 0,90$.

8 Muthanol.

Le 7 mars 1934 : H 8 M —

Du 7 mars 1934 au 23 mai 1934 : 6 gr. 75 de Novar.

Le 2 août 1934 : H 8 M —

Deuxième année.

Du 8 août 1934 au 17 octobre 1934 : 10 Muthanol double.

Le 24 janvier 1935 : Sang : H 8 M —

Le 1^{er} février 1935 : Ponction sous-occipitale.

lympho 0,8 Alb. 0,25.

W. H 8 Bjoin négatif.

Du 28 janvier 1935 au 25 avril 1935 : 12 Muthanol double.

Troisième année.

Le 22 août 1935 : H 8 M —

Du 26 août au 26 décembre : 14 acétylarsan.

Examen somatique négatif.

Observation du service de M. le Professeur agrégé Sezary.

Ci... Henri, artiste, 34 ans.

Vient le 16 août 1933,

pour une ulcération du frein, apparue le 4 août (12 jours avant).

Chancre du frein non induré.

Adénopathie inguinale légère.

Le 16 août 1933 : ultra positif.

Le 23 août 1933 après 0,15 et 0,30 de 914 et 2 Muthanol : H 8
M —

Du 16 août au 9 septembre :

2 gr. 65 de Novar, $0,75 \times 1$.
8 Muthanol.

Série incomplète terminée à Bruxelles.

Le 8 novembre 1933 : H 8
M —

Du 20 novembre 1933 au 19 janvier 1934 :

5 gr. 85 de Novar, $0,90 \times 4$.
14 Muthanol.

Mars, avril 1934 : reçoit une série mixte As Bi.

Le 8 juin 1934 : H 8
M —

Du 12 juin 1934 au 7 août 1934 :

5 gr. 85 de Novar, $0,90 \times 4$.
8 Muthanol.

Deuxième année.

Le 13 septembre 1934 : H 8
M —

Du 3 décembre 1934 au 28 avril 1935 : 10 Muthanol double.

Le 18 décembre 1934, **P. L.** :

Cellules 0,2 alb. 0,20
W. H 8 Bjoin négatif.

Le 24 mai : H 8
M —

Mai, juin, juillet 1934 : 10 Muthanol double.

Le 11 octobre 1934 : H 8
M —

Novembre, décembre 1934 : 6 Muthanol double.

Le malade a disparu.

Observation du service de M. le Professeur agrégé Sezary.

Y... Camille, 28 ans.

Vient le 19 août 1933 :

pour chancres du prépuce, un de la dimension d'une pièce de 0 fr. 50, largement érodé, induré, l'autre plus petit. Adénopathie inguinale droite. Apparition il y a 15 jours.

Le 19 août 1933 : ultra positif.

Le 5 septembre 1933 : H 8
M —

Du 19 août au 10 octobre : 6 gr. 75 de Novar, dont $5 \times 0,90$.
Donc pas de bismuth au cours du traitement d'assaut.

Le 10 novembre 1933 : H 8
M —

Du 14 novembre 1933 au 9 janvier 1934 :
Novar 5 gr. 85, dont $4 \times 0,90$.
18 Muthanol.

Le 2 mars 1934 : H 8
M —

Du 2 mars 1934 au 8 mai 1934 : 10 Muthanol double.

Le 14 août 1934 : H 8
M —

Deuxième année.

Du 14 août 1934 au 16 octobre 1934 : 10 Muthanol double.

Le 11 février 1935 : H 8
M —

Le 11 février 1935, **Ponction sous-occipitale.**

Cellules 0,4	Alb. 0,20
W. négatif.	Benj. négatif.

Du 11 février 1935 au 16 août : 10 Muthanol double.

Examen somatique normal.

Le malade a disparu.

Observation du service de M. le Professeur agrégé Sezary.

K... Karl, employé, 27 ans.

Vient le 29 mai 1934 :

pour un chancre du sillon balano-préputial, avec adénopathie bilatérale à prédominance droite, datant de 14 jours.

Le 29 mai 1934 : ultra positif.
H 8 M —

Du 29 mai 1934 au 14 juillet 1934 :
6 gr. 75 de Novar, $5 \times 0,90$.
15 Muthanol.

Le 28 août 1934 : H 8 M —

Du 28 août au 13 octobre :
5 gr. 85 de Novar, $4 \times 0,90$.
15 Muthanol.

Le 14 novembre 1934 : H 8 M —

Du 14 novembre au 4 février 1935 : 20 Muthanol.

Le 11 mars 1935 : H 8 M —

Du 18 mars au 6 mai :

5 gr. 85 de Novar, $4 \times 0,90$.
15 Muthanol.

Deuxième année.

Le 11 juillet 1935 : H 8 M —

Du 15 juillet 1935 au 16 septembre 1935 : 10 Muthanol double.

Le 25 novembre 1935 : H 8 M —

Du 25 novembre au 4 février 1936 : 10 Muthanol double.

Le 31 mars, examen complet : normal.

Le 10 avril 1936, **Ponction lombaire** : Lympho 0,2.

Alb. 0,25.

W. H 8.

Bjoin négatif.

Observation du dispensaire de Boulogne-Billancourt
(Dr Paul Lefèvre)

Ko... Victor, 37 ans, poids 68 kilos.

Vient consulter le 13 août 1934 pour :

chancre du sillon balano-préputial, assez ulcéreux d'aspect, non douloureux, lardacé, avec induration, adénopathie inguinale gauche typique. Daterait de 2 semaines environ. Rapport suspect le 4 juillet environ.

Le 17 août 1934 : Hecht,

Meinicke, négatifs.

Kahn.

Du 13 août au 19 octobre :

On débute par 0,30 de Novar jusqu'à $0,75 \times 2$ et $0,90 \times 6$, soit au total 8 gr. 25 de Novar, associés à 18 Muthanol.

Le 3 décembre 1934 : H.

M, négatifs.

K.

Du 26 novembre au 1^{er} février 1935 :

de 0,30 à $0,90 \times 6$, soit 7 gr. 50 de
Novar.

19 Muthanol.

Le 15 mars : Réf. tendineux normaux.

Réf. pupillaires normaux.

Le 15 mars 1935 : H.

M. négatifs.

K.

Du 18 mars au 24 mai 1935 :

de 0,30 à $0,90 \times 6 = 7$ gr. 50 de Novar.

17 Muthanol .

Deuxième année.

Le 26 juillet 1935 : H.

M, négatifs.

K.

Du 2 août au 4 octobre 1935 :

0,30 à $0,75 \times 2, 0,90 \times 5. = 7$ gr. 35.

et 17 Muthanol.

A noter nausées, fièvre, au 1^{er} 0,90.

Le 20 décembre 1935 : H.

M, négatifs.

K.

Du 27 décembre au 14 février 1936 : 8 Muthanol double.

P. L., le 25 avril 1936 : Cytologie, 2,2. Alb., 0,26.

B W., H. 8.

Bjoin 0000022200000000.

Taka et Ara négatifs.

Examen somatique normal. .

BONS RÉSULTATS

MALGRÉ UN TRAITEMENT PEU INTENSIF

Nous avons isolé sept observations qui ne présentent pas la même régularité dans la poursuite du traitement et pour lesquelles il convient de faire quelques réserves quant à la possibilité de cesser tout traitement malgré les bons résultats obtenus par l'examen du liquide céphalo-rachidien et la surveillance clinique et sérologique plus ou moins prolongée du malade.

Observation su service de M. le Professeur agrégé Sezary.

Fil... Marcel, employé de commerce, 19 ans, célibataire.

Accident primitif du sillon balano-préputial.

Adénopathie inguinale.

Vu le 23 février 1926.

Ultra positif : W. 8

Urine : Alb. = 0.

H 8.

Reçoit 0,15, 0,30, 0,45, 0,60, 0,75, 0,90 $\times$ 3.

Le B. W. à 0,60 est W. 8, H 5. La série terminée le 6 avril.

Le 21 mai 1926 : Bw. négatif.

H 8.

Reçoit 0,15, 0,30.

Arrêt 1 an et demi.

En 1938, une série de Novar dont 0,90 $\times$ 3.

Le 14 mai 1932 : H 8

M +

Le 20 mai 1932, P. L. : Alb. 0,35

W. 8

Lympho 0,8

Bj. négatif.

Examen général : Réflexes normaux.

Aorte normale.

M. Sezary conseille : As + Bi.

Du 10 juin 1932 au 8 août 1932 :

6 gr. 30 de 914, dont $4 \times 0,75$ et
 $2 \times 0,90$.

16 Muthanol.

Le 11 octobre 1932 : H 8

M —

Du 11 octobre 1932 au 20 décembre 1932 :

6 gr. 75 de 914, dont $7 \times 0,75$.

19 Muthanol.

Le 3 mars 1933 : H 8

M —

Du 10 mars 1933 au 1^{er} juin 1933 : 10 Muthanol double.

26 août 1933 : H 8

M —

Du 28 août 1933 au 27 novembre 1933 : 10 Muthanol double.

Le 12 mars 1934 : H 8

M —

Du 12 mars 1934 au 7 juin 1934 : 10 Muthanol double.

Le 14 janvier 1935 : H 8

M —

Du 18 janvier 1935 au 13 avril 1935 : 10 Muthanol double.

Le 2 décembre 1935 : H 8

M —

Du 9 décembre 1935 au 3 mars 1936 : 10 Muthanol double.

Le 3 mars 1936 : Examen général complet : négatif.

Cœur normal.

Réflexes achilléens, normaux.
rotuliens, normaux.
pupillaires normaux.

Pas de leucoplasie.

Reviendra en septembre pour **P. L.**

De la lecture de cette observation on peut dire : crochet
de Tzanck H5 après 0,60.

Arrêt un an et demi après réactivation.

On ne peut attribuer une valeur pathologique à l'albu-
minose rachidienne (0,35).

Un traitement sérieux de consolidation ayant été ins-
titué et suivi, rien d'anormal n'est relevé dans les quatre
années qui suivent.

Observation du service de M. le Professeur agrégé Sezary.

D... Paul, comptable, 28 ans, célibataire.

Vient le 5 juillet 1930,

pour un chancre de la verge apparu *début de juillet.*

Le 9 juillet : ultra positif.

H 8

M —

Du 9 juillet 1930 au 26 septembre 1930 :

6 gr. 45 de Novar, dont $4 \times 0,90$.
15 Muthanol.

Arrêt 3 mois !

Le 20 mars 1931 : H 8.

M —

Du 20 mars au 15 avril reçoit :

0,15, 0,30, 0,45 de Novar,
à 0, 45 crise nitritoïde,
et 5 Muthanol double.

Arrêt 1 mois.

Du 12 mai au 30 juillet : 10 Muthanol double.

Deuxième année.

Le 31 octobre 1931 : H. 8

M —

Du 7 novembre 1931 au 27 février 1932 :

12 Muthanol et
8 acétylarsan.

Arrêt 4 mois.

Troisième année.

Le 9 juillet 1932 : H 8

M —

Arrêt de 3 ans, après 2 ans de traitement peu intensif.

Sixième année.

Le 1^{er} juillet 1935 : H 8

M —

Le 3^e mars 1936 : H 8

M —

Le 29 février 1936 : P. L.

Alb. 0,25

Lympho. 0,2

W 8. Quelques globules rouges.

Bjoin négatif.

Arrêt de 3 mois après la première série, le traitement suivi ensuite n'est pas suffisamment prolongé.

Observation du service de M. le Professeur agrégé Sezary.

D... Pascal, électricien, 30 ans.

Vient le 4 mai 1932,

pour chancre de la verge apparu il y a 20 jours ?

Réflexes normaux.

Tendineux et pupillaires.

Le 4 mai 1932 : *ultra positif.*

H 8

M —

Du 4 mai au 2 juillet :

5 gr. 10 de Novar, 3×0.90 .

14 Muthanol.

Le 4 novembre 1932 : H 8

M —

Du 14 décembre au 22 janvier 1933 reçoit :

0.15, 0.30, 0.45, s'arrête puis 0.15.
et 4 Muthanol.

Le malade disparaît 14 mois, après 6 mois de traitement.

Troisième année.

Le 14 avril 1934 : H 8

M —

Examen complet négatif.

P. L. 28 avril 1934 :

Lympho 0.40 Alb. 0.25.

W. 8 Bjoin négatif.

Reçoit 0.15 et 1 Muthanol et disparaît à nouveau *un an.*

Le 8 avril 1935 : B. W. : H 8

M —

Ce malade s'est donc arrêté au cours de la deuxième série et cependant il ne présente deux ans plus tard aucun signe de syphilis en évolution. Revu en 1935, sa sérologie est toujours négative, son examen somatique normal. Une seule série l'aurait guéri !

Observation du service de M. le Professeur agrégé Sezary.

M... Jean, garçon restaurant, 25 ans.

Vient le 6 janvier 1932,

pour chancre de la verge, avec adénopathie inguinale, apparu il y a 4 jours.

Rapport suspect 24 décembre ?

Examen somatique normal.

R. tendineux normaux.

R. pupillaires normaux.

Le 6 janvier 1932 : *ultra positif.*

H 8

M —

Du 6 janvier 1932 au 10 mars 1932 : on arrête le Novar à 0.45.

Erythème du 9^e jour à type urticaire avec arthralgies.

Mais on injecte 20 Muthanol.

Le 11 avril 1932 : H 8

M —

Du 11 avril 1932 au 2 juin : 11 Muthanol.

Le 27 juin 1932 : H 8

M —

Du 18 juillet 1932 au 29 septembre 1932 : 10 Muthanol double.

Le 5 décembre 1932 : H 8

M —

Deuxième année.

Du 12 décembre au 27 février 1933 : 10 Muthanol double.

Le 29 mai 1933 : H 8

M —

Du 29 mai au 3 avril 1933 : 10 Muthanol double.

Le 28 septembre 1933 : H 8

M —

Du 28 septembre 1933 au 14 décembre 1933 : 10 Muthanol double.

Troisième année.

Le 19 mars 1934 : P. S. : H 8

M —

M. Sezary conseille la Ponction lombaire.

Du 19 mars 1934 au 28 mai 1934 : 10 quinby double.

Le 11 juin 1934. **P .L.**, sous-occipitale :

Lympho 1.4. Alb. 0.35.

W 8. Bjoin négative.

mais nombreux globules rouges.

Le 19 novembre 1934 : H 8
M —

Du 19 novembre 1934 au 4 février 1935 : 10 Arqueritol à 8 divisions.

Le 13 décembre 1934 : H 8
M —

Du 13 décembre 1934 au 25 février 1935 : 10 Muthanol double.
Le malade a disparu.

On ne peut tenir compte de l'albuminose du liquide céphalo-rachidien à 0,35, elle est à la « limite pathologique » et due à la présence du sang dans le liquide. On peut dire pour ce malade que le traitement d'attaque a été exclusivement bismuthique.

Observation du service de M. le Professeur agrégé Sezary.

B... Claire, 22 ans.

Vient le 15 juin 1932,

pour chancre de la grande lèvre, avec adénopathie inguinale, apparu le 12 juin 1932.

Le 15 juin 1932 : ultra positif.
H 8 M —

Pupilles normales.

Réflexes tendineux normaux.

Du 15 juin au 2 juillet reçoit :

0.15, 30, 45, 60 de Novar,
arrêté pour hémorragies utérines.

Du 15 juin au 5 août : 12 Muthanol.

Du 21 juillet au 5 août : 12 egr. de Sulfar.

18 " .
24 " .

Arrêt 2 mois et demi.

Revient le 20 octobre avec léger ictère.

Le 22 octobre 1932 reçoit : 1 Muthanol.

Disparaît un an.

Deuxième année.

Revient le 1^{er} août 1933.

Le 1^{er} août 1933 : H 8
M —

Reçoit 3 Muthanol double.

Le 8 septembre 1933 : **P. L.** :

Cellules 0.4. W. négatif.

Alb. 0.15. Bjoin négatif.

Le 28 septembre 1933 : H 8

M —

Reçoit irrégulièrement 12 Muthanol double, de septembre à mai 1934 et disparaît.

Après un traitement d'assaut insuffisant, arrêt de un an.
Pas de signe de syphilis en évolution, la malade n'a été suivie que deux ans.

Observation du service de M. le Professeur agrégé Sezary.

C... Paul, étudiant, 26 ans.

Vient le 17 mars 1933,

pour chancre du frein avec adénop. satellite, apparu le 12 mars 1933.

Le 17 mars 1933 : ultra positif.

H 8

M —

Du 17 mars 1933 au 27 avril 1933 :

Novar 3.85, 0.90 × 1. *Ictère.*

14 Muthanol.

Fin 1933 : reçoit 2 séries de 20 centigrammes de mercure et une série de 914 0.90 × 4, terminée fin janvier 1934.

Le 28 mai 1934 : H 8

M —

P. L., le 25 mai 1934 : Lympho 1.4. Alb. 0.20.

W. 8. Bjoin négatif.

Bons résultats. Après une série mixte, une série de cyanure, et une série de 914.

Traitement peu intensif.

Observation du service de M. le Professeur agrégé Sezary.

Z... Demeter, 30 ans.

Le 24 juillet 1934 : Chancre sillon balano-préputial, avec adénopathie inguinale.

Le 24 juillet 1934 : ultra positif
B. W. négatif.

Le 7 août 1934 après : 0,15, 0,30, 0.45 et 3 Muthanol
H 8 M —

Du 24 juillet 1934 au 18 septembre 1934 :
6.75 de Novar, 5×0.90 .
17 Muthanol.

Le 16 octobre 1934 : H 8
M —

Du 16 octobre 1934 au 26 octobre 1934 : Novar 0.45.
3 Muthanol.

S'arrête un mois.

Le 3 décembre 1934 : H 8 M —

Du 3 décembre 1934 au 31 janvier 1935 :
Novar 6.75, 5×0.90 .
10 Muthanol double.

Le 1^{er} avril 1935 : H 8 M —

Du 1^{er} avril 1935 au 30 mai 1935 : 6 gr. 75 de Novar, 5×0.90 .

Deuxième année.

Le 19 août 1935 : H 8 M —

Du 19 août 1935 au 17 octobre 1935 : 10 Muthanol double.

Le 20 janvier 1936 : H 8 M + ?

Du 23 janvier 1936 au 31 mars 1936 : 10 Muthanol double.

Le 27 mars 1936 **P.L.** Lympho 0.2.

Alb. 0.30.

W. 8.

Bjoin négatif.

Ce malade a bien été mis en traitement à la période présérologique ; pas de crochet de Tzanck, il est intéressant de constater qu'après un mois d'arrêt au cours de la deuxième série, après véritable réactivation, ses réactions sérologiques restèrent négatives.

Et actuellement il ne présente aucun signe de syphilis en activité.

TRAITEMENT MAL SUIVI

PERSISTANCE DES SIGNES INDIQUANT L'ACTIVITÉ DE L'INFECTION SYPHILITIQUE

A côté de ces résultats excellents nous avons choisi quatre observations qui montrent bien la nécessité d'un traitement assidu.

Dans les trois premières observations on verra apparaître des séro-réactions positives après un traitement insuffisant.

Observation du service de M. le Professeur agrégé Sezary.

C... Julienne, 18 ans.

Vient le 14 mai 1930,

pour chancre grande lèvre.

Début trois semaines.

Ultra positif.

H 8

M —

Reçoit du 16 mai au 31 mai :

3 gr. 25 de Novar, de 0.15 à 0.75,
et Muthanol 5.

Le 2 juin : H 0

M +.

Disparue.

Cette malade recevait donc 3 gr. 25 de novar et 5 muthanol, ce qui n'empêchait pas les réactions sérologiques de devenir positives. (Crochet de Tzanck.)

Observation du service de M. le Professeur agrégé Sezary.

B... Marie-Louise, brocheuse, 23 ans.

Vient le 6 juillet 1932.

pour un chancre de la grande lèvre gauche, avec adénopathie inguinale gauche, apparu le 29 juin 1932.

Contact infectant : 3 juin 1932.

Ex. somatique normal. Pas de rate.

Pas d'éruption.

Réflexes tendineux normaux.

Réflexes pupillaires normaux.

6 juillet 1932 : ultra positif.

H 8

M —

Du 6 juillet 1932 au 22 août 1932 :

5 gr. 25 de Novar, 5×0.75 .

15 Muthanol.

Arrêt 2 ans et demi.

Revient le 14 janvier 1935 : **H 0**

M +

Du 14 janvier 1935 au 3 mai 1935 :

4 gr. 50 de Novar, 0.75×2 .

14 Muthanol.

Depuis, disparue.

Une série arséno-bismuthique importante n'a pas enrayé l'infection syphilitique.

Observation du service de M. le Professeur agrégé Sezary.

St... Otto, 25 ans.

Vient le 11 mars 1931 :

pour chancre muqueux de la lèvre inférieure, datant de quelques jours.

Réflexes tendineux normaux.

pupillaires normaux.

Le 11 mars 1931 : ultra positif.

H 8

M —

Du 11 mars 1931 au 26 juin : 6 gr. 30 Novar, dont 0.75×5 .

19 Muthanol.

Le 18 septembre 1931 : H 8

M —

Du 25 septembre au 17 janvier 1932, longue série avec **irrégularités**.

Au total : 6 gr. 15 de Novar, 4×0.75 .

17 Muthanol.

Le 3 mars 1932 : H 8

M —

Du 4 mars au 14 avril 1932 : 3.60 de Novar dont 2×0.75 .

7 Muthanol.

Présente des eczématides datant de janvier 1932.

Le 1^{er} septembre 1932 : H 8

M —

Disparaît de septembre 1932 à avril 1934, soit 19 *mois*, après un traitement insuffisant et suivi peu régulièrement.

Le 9 avril 1934 : Réactions sérologiques : H 0

M +

Le 27 avril 1934, P. L. : Albumine 0.25.

Lympho 0.3.

W. Bjoin pas fait manque de liquide.

A reçu un traitement As Bi, du 9 avril 1934 au 22 juin 1934.

4.50 de Novar, 0.75×4 .

15 Muthanol.

A de nouveau disparu.

Dans cette observation, à une bonne série d'assaut arséno-bismuthique, fait suite une série irrégulièrement suivie, puis une troisième série incomplète, aussi constate-t-on la positivité des réactions sérologiques.

Observation du service de M. Jame, professeur agrégé
du Val-de-Grâce.

D... Roger, 21 ans.

En avril 1931.

chancre du sillon balano-préputial.

Ultra positif (Saint-Louis).

B. W. négatif.

Reçoit en 1931 : une série de Novar ?

une série de Bismuth.

Reste un an sans traitement.

Le 27 septembre 1932, à l'Institut Prophylactique :

P. L. : Lymph. 21.6. Alb. 0.35.

Vernes 0.

Dans le *sang*, Vernes 0.

En septembre 1932 et octobre, reçoit :

6 cyanures.

4 quinby.

à l'Institut Prophylactique.

Vient consulter le 27 octobre 1932, service de M. Jame.

Le 27 octobre : Wass. négatif.

Jacobstahl, id. Ex. somatiq. négatif.

Vernes 0. TA. 16-10.

En novembre reçoit : 8 camphocarbonate de Bi.

En janvier : Arsenomyl. : 6 gr. 64, 6 × 0.70, 2 × 0.90.

Le 27 février : W —

J —

V 0

De mars 1933 à mai : 15 quinby.

Le 22 juin 1933 : W —

J —

V 0

De juin à juillet : 12 biiodures.

Le 3 septembre : W —

J —

V 0

Du 7 au 18 septembre : 4 Camphocarbonate de Bi (stomatite).

Du 18 septembre au 28 octobre 1933 : 10 quinby.

Ce malade a suivi un traitement insuffisant dont les détails précis manquent, dans un autre dispensaire, la lymphocytose rachidienne est marquée, l'albuminose très discrète alors que les réactions sérologiques sont négatives.

Il aurait été intéressant de pouvoir pratiquer une nouvelle ponction lombaire après le traitement suivi dans le service de M. le Professeur agrégé Jame, le malade a malheureusement disparu à sa libération.

EXPLICATIONS DE QUELQUES RÉSULTATS DOUTEUX

Nous avons réuni quatre observations, pour lesquelles on pourrait discuter au sujet des résultats donnés par l'examen du liquide céphalo-rachidien.

Fait intéressant, ces quatre observations montrent que les traitements n'ont pas été conduits de façon tout à fait régulière, pour chaque observation on pourra faire apparaître une insuffisance de traitement d'origine des plus diverses.

Pour les deux premières remplacement du novarsénobenzol par le sulfarsénol (médicament hypocrite, Milian). Pour les deux autres, irrégularité dans la poursuite du traitement.

Observation du service de M. le Professeur agrégé Sezary.

Ve... Louis, 26 ans, 69 kilos.

Vient le 15 octobre 1930,

pour chancre de la verge avec adénopathie inguinale, début il y a quinze jours.

Ex. stomatique normal.

15 octobre 1930 : ultra-positif.

H 8 M —

15 octobre 1930 au 23 octobre 1930 :

0.15 à 0.60 de Novar (vomissements).
et 5 Muthanol.

Puis, du 30 octobre au 10 novembre : 10 cyanures.

Du 12 novembre 1930 au 16 janvier 1931 :

Sulfar 3.72 (2×0.54).

20 Muthanol.

20 mars 1931 : H 8 M —

Du 20 mars 1931 au 29 mai : 10 Muthanol double.

28 août : H 8 M —

Du 1^{er} septembre au 20 novembre :

Sulfar 6 gr. 12, 0.72×2 , 0.78×1 .

16 Muthanol.

Deuxième année.

Du 22 février au 2 mars : 10 Muthanol.

Le 3 octobre 1932 : H 8 M —

Du 6 octobre au 30 novembre : 9 Muthanol.

Troisième année.

Le 27 mai 1933 : H 6

M +

Du 31 mai 1933 au 2 août : 10 Muthanol double.

Quatrième année.

Le 24 janvier 1934 : H 8

M +

Examen complet négatif.

Du 31 janvier au 18 avril : 11 arqueritol à 8 divisions.

Le 25 juillet 1934 : H 8 M —

3 novembre 1934 : H 8 M —

Le 14 novembre 1935 : H 8 M —

et P. L. : 0.4. H. 8.

0.35. Bjoin négatif.

Il faut noter que ce malade a présenté à deux reprises au cours de la troisième et de la quatrième année de traitement une réaction de Meinicke positive. Le traitement d'assaut est peu intensif.

Observation du service de M. le Professeur agrégé Sezary.

Vient le 23 février 1931,

pour trois chancres de la verge, apparus le 20 février.

Ganglions inguinaux bi-latéraux, à type syphilitique.

Ex. somat. négatif.

Ultra positif.

H 8 M —

Du 20 février au 20 avril : 0.15 à 0.90, puis $4 \times 75 = 6$ gr. 15.

Du 20 février au 12 juin : 20 Muthanol.

Le 31 juillet 1931 : H 8 M —

Du 31 juillet au 20 octobre 1931 : Sulfar 3 gr. 10, 0.52 × 1.
20 Muthanol.

Arrêt du Sulfar.

Fièvre, vomissement.

Le 27 novembre 1931 : H 8 M —

Du 1^{er} décembre au 8 mars : 15 Acétyl.
15 Muthanol.

Deuxième année.

P. L., 2 mai 1932 : Lympho 0.2. Alb. 0.35.
W. H 8. Bjoin négatif.

Du 9 mai au 27 septembre : 19 acétyl, 20 Muthanol.

Le 3 février 1933 : H 8, M —

Du 7 février 1933 au 19 avril 1933 : 11 Muthanol double.

Le 23 août 1933 : H 8, M —

Du 30 août 1933 au 8 novembre : 10 Muthanol double.

Le 4 avril 1934 : H 8, M —

Du 11 avril 1934 au 6 juin 1934 : 10 quinby double.

Le 7 novembre 1934 : H 8, M —

Du 19 novembre 1934 au 18 janvier 1935 : 10 Muthanol double.

Le 5 septembre 1935 : H 8, M —

Du 5 septembre 1935 au 21 novembre : 10 arqueritol à 8 divisions.

Le novarsénobenzol mal supporté au cours de la première série a été remplacé par le sulfarsénol. Traitement d'attaque peu intense. Ce qui pourrait expliquer l'albuminose du liquide céphalo-rachidien à la « limite pathologique ».

Observation du service de M. le Professeur agrégé Sezary.

D.. André, 20 ans.

Vient le 15 juillet 1931,

pour chancre induré du gland (partie supérieure du méat), datant de huit jours.

Examen somatique négatif : ultra positif.

H 8

M —

Du 15 juillet 1931 au 5 septembre 1931 :

6.75 de Novar, 5 × 0.90.

15 Muthanol.

Le 9 octobre 1931 : H 8, M —

Du 9 octobre 1931 au 16 novembre 1931, reçoit une série incomplète : soit : 0,15, 0,30, 0,45, 0,60, 0,75 = 2 gr. 25 de Novar.

5 Muthanol.

Puis *il disparaît* 4 ans, de octobre 1931 à mai 1935.

Le 20 mai 1935, dit avoir été soigné au régiment par Novar ?
et Bismuth ?

Depuis 1932, pas de traitement.

Actuellement : trouble de la mémoire au cours de son travail.

Examen ancien : Achilléens normaux.

Rotuliens normaux.

Réflexes pupillaires normaux.

Le 25 mai 1935, P. L. : Lympho 0.2.

Alb. 0.40.

W. 8.

Bjoin négatif.

Le 25 mai 1935 : H 8

M —

Du 8 juin 1935 au 9 août : 10 Muthanol double.

Du 12 septembre 1935 au 29 novembre 1935 : 10 Muthanol double.

Le 9 février 1936 :

Examen somatique normal et : H 8

M —

Le malade s'est arrêté 4 ans après une bonne série d'assaut et une deuxième série incomplète.

L'albuminose du liquide céphalo-rachidien est à 0,40.

Observation du service de M. le Professeur agrégé Sezary.

Gl... Pierre, 22 ans.

Vient le 2 septembre 1931,

pour chancres multiples. du fourreau, en cocarde, induration.

Adénopathie satellite.

Apparus il y a 15 jours.

Examen somatique négatif : ultra positif.

H 8

M —

Du 2 septembre au 20 octobre :

Novar 5.40, 0.75 × 4, 0.90 × 1.

Fièvre, intolérance après 0.90.

Crise nitritoïde, vomissement sang,

En dernier : 0.75.

et 12 Muthanol.

Le 28 novembre 1931 : H 8, M —

Reçoit 0,15 et Muthanol double. *S'arrête un mois.*

Le 5 janvier 1932 : H 8, M —

Reçoit 0.30, Muthanol double : crise nitritoïde.

Du 15 janvier 1932 au 5 août 1932 : 29 Bivatol ?

Le 5 septembre 1932 : H 8, M —

Deuxième année.

Du 5 septembre au 16 novembre : 15 acétyl.

15 Muthanol.

Le 4 février 1933 : H 8, M —

Du 4 février 1933 au 22 avril 1933 : 11 Muthanol double.

Le 26 juillet 1933 : H 8, M —

Troisième année.

Du 3 août 1933 au 3 octobre : 9 Muthanol double.

Le 25 novembre 1933 : H 8, M —

Du 29 novembre au 14 février 1934 : 10 Muthanol double.

Le 30 mai 1934 : H 8, M —

Du 6 juin 1934 au 20 septembre 1934 : 15 Acétyl.

15 Muthanol.

Quatrième année.

Le 26 novembre 1934 : H 8, M —

Du 5 janvier 1935 au 14 mars 1935 : 10 Muthanol double.

Juin 1935. **Ponction sous-occipitale :**

Lympho 0.4. W. 8.

Alb. 0.40. Bjoin négatif.

Le 3 juin 1935 : H 8

M —

Du 3 juin 1935 au 12 août 1935 : 10 M2.

Le 28 novembre 1935 : H 8

M —

Du 28 novembre 1935 au 20 février 1936 : 10 M2.

Le malade est intolérant au novarsénobenzol, et s'est arrêté un mois après avoir commencé sa deuxième série. Le liquide céphalo-rachidien présente une albuminose à 0,40.

LA CURABILITÉ DE LA SYPHILIS
LES TESTS DE GUÉRISON
LA PONCTION LOMBAIRE
LES CAS LIMITES
LE PROBLÈME DE LA RÉINFECTION

Pour interpréter ces divers résultats on voit donc la nécessité d'associer les éléments fournis par la conduite du traitement, à ceux fournis par la clinique et le laboratoire à des étapes successives et longtemps prolongées.

Peut-on affirmer la guérison après le traitement abortif de la syphilis, et quels sont les éléments sur lesquels on s'appuie pour parler de guérison ? tel est le problème que nous allons envisager.

Sans doute, certains auteurs, M. *Paul Chevallier* en particulier, disent-ils que la syphilis ne guérit pas à part de rares exceptions.

Affirmation décevante, et décourageante.

La plupart des syphiligraphes ne sont pas aussi absolus.

M. *Ch. Flandin* reconnaît quelque valeur au traitement abortif et il dit : « *sauf peut-être à la période initiale présérologique du chancre* nos moyens thérapeutiques actuels ne nous permettent pas de faire disparaître le tréponème de l'organisme où il reste capable de produire des lésions tardives et viscérales, donc nous ne guérissons pas la syphilis ».

M. *Nicolas* dit qu'après le traitement abortif on peut

espérer avoir obtenu la guérison, mais il n'en est pas certain.

Pour *M. Gâté*, il y a carence actuelle de tout critère clinique ou sérologique de guérison, cependant on peut rester fidèle au traitement abortif et espérer s'il est bien conduit la guérison définitive.

Pour *M. Spillmann*, lorsque le traitement a été régulièrement effectué et lorsque toutes les conditions indiquées ont été remplies, on peut espérer avoir réalisé l'avortion.

Il est préférable par prudence, de conseiller au malade un examen médical annuel avec contrôle sérologique.

M. Hudelo est encore plus optimiste, il écrit que : « grâce au traitement abortif la syphilis se réduit au chancre, cicatrisé en quelques jours, et c'est tout, pas de période secondaire contagieuse, pas de tertiarisme ultérieur cutané, muqueux, viscéral, nerveux ».

Pour *M. Pinard* après le traitement abortif qu'il préconise le malade est présumé guéri et peut rester sous la surveillance médicale sans traitement. Examen semestriel puis annuel, mariage permis, surveillance de la grossesse et de l'enfant.

Nous n'avons pas, dit *M. Gougerot*, de critères absolus de guérison.

Pour *M. Sezary*, il faut pour parler de guérison réunir les tests suivants :

1^o Aussi longtemps que nous examinons les malades il faut démontrer qu'ils sont indemnes de lésions syphilitiques cutanées ou viscérales.

2^o Qu'ils sont capables de procréer des enfants sains sans aucune tare hérédosyphilitique.

3^o Qu'ils conservent immuablement négatives leurs séro-réactions répétées fréquemment pendant de nombreuses années.

4^o Qu'ils conservent normal leur liquide céphalo-rachidien.

5^o Quant à la possibilité de réinfection, ce pourrait être

un critère de guérison mais la super-infection (infection d'un ancien syphilitique non guéri) étant possible et difficile à distinguer de la réinfection, il n'en tient pas compte.

M. Sezary envisage seulement le cas d'un malade précocement traité et ayant satisfait à toutes les exigences thérapeutiques au point de vue qualité et durée du traitement ; nous avons vu précédemment à quoi s'exposaient les malades indociles et peu assidus.

Suivons ce plan et analysons une à une les propositions de M. Sezary.

1^o Nécessité d'examens cliniques souvent et longtemps répétés. Comment pratiquer cet examen clinique. Milian réclame tous les 3 mois un examen minutieux dont voici le schéma :

Palpation des aires ganglionnaires.

Examen de la peau.

Examen des muqueuses (leucoplasie commissurale).

Examen de la langue qui « parle au médecin ».

Examen des ongles « si important ».

Auscultation du cœur. Examen de la tension artérielle. Voir orthodiagramme.

Recherche des réflexes tendineux en particulier achilléens, rotuliens.

Recherche des réflexes pupillaires (accommodation à la lumière). Examen des pupilles.

Examen du foie,

des urines : albumine,
sucre.

2^o Quant à la possibilité de procréer des enfants sains, il faut, disent Weissenbach et Basch, non seulement considérer le malade et son avenir propre mais encore la contamination possible soit directe soit indirecte d'un conjoint et surtout la présence de tares chez les enfants et même les petits-enfants.

Après le traitement abortif bien conduit, dit Hudelo,

pas de transmissibilité à l'enfant, une de nos observations le confirme.

3^o Tous les syphiligraphes sont d'accord pour que la surveillance d'un syphilitique qu'ils présument ou non guéri soit complétée par une séro-réaction. Si la séro-réaction est un guide utile pour la direction du traitement, il ne faut pas en exagérer l'importance, on peut voir (Sezary) le fait est assez rare mais nullement exceptionnel, des accidents cutané-muqueux survenir chez des syphilitiques dont la réaction de Wassermann est depuis plus ou moins longtemps négative. Plus tardivement des lésions viscérales et particulièrement des lésions nerveuses peuvent s'observer chez des sujets dont la séro-réaction est négative. Dans une de nos observations un malade présentait une lymphocytose rachidienne marquée alors que ses réactions sérologiques étaient négatives. La séro-réaction est un des éléments sur lesquels on s'appuie pour parler de guérison, mais à elle seule elle ne peut l'affirmer. Sa négativité n'est pas le critère absolu de guérison.

4^o L'examen du liquide céphalo-rachidien présente un intérêt aussi grand si ce n'est plus. Nicolaï a pu dire :

« Tout traitement syphilitique conduit en dehors du contrôle lombaire est un traitement livré au hasard et ne peut d'aucune façon prétendre à réaliser une prophylaxie efficace de la neuro-syphilis. »

L'examen du liquide céphalo-rachidien a pour but :

1^o De vérifier l'intégrité du liquide céphalo-rachidien après traitement intensif ou traitement d'assaut ;

2^o Il sert à établir le bilan complet de l'ancien syphilitique bien ou mal traité et qui veut savoir où il en est (Weissenbach et Basch).

Nul ne peut contester l'importance capitale de l'examen du liquide céphalo-rachidien chez le syphilitique et l'intérêt qu'il y aurait à suivre les réactions du liquide quand elles sont anormales ou à vérifier à plusieurs reprises son intégrité dans le cas contraire.

Il est malheureusement très difficile pour ne pas dire

impossible en pratique courante de faire accepter au malade des ponctions lombaires répétées, voire même une seule ponction lombaire, par suite des divers inconvénients qui suivent cette minime intervention, par suite aussi de la nécessité d'une hospitalisation de 24 heures, et surtout des préjugés populaires qui entourent dans nos milieux de malades hospitaliers l'idée même de la ponction lombaire.

C'est ainsi que dernièrement sur six malades examinés après un an et plus de traitement nous n'avons pu décider à la ponction lombaire qu'un seul, « petit débile ».

Il faut donc pratiquer la ponction lombaire à la période où elle va nous donner les résultats les plus intéressants et le maximum de renseignements.

En cas de syphilis traitée dès la période présérologique, Ravaut conseille de la pratiquer à la fin de la troisième, même de la deuxième année, quand on envisage de passer de la cure majeure à la cure mineure.

Il serait utile de pouvoir répéter cette investigation au bout de 5 et même de 10 ans.

M. Szary conseille de la pratiquer au bout de la première année, car un traitement suffisant réduit les anomalies du liquide au bout d'un an.

La reporter plus tard (troisième année comme le voulait M. Ravaut) a l'inconvénient suivant : Si la ponction lombaire révèle des anomalies, celles-ci, à cette période tardive, sont devenues rebelles et même, d'après Henck, irréductibles dans 15 % des cas.

Comme l'a montré M. Ravaut ces altérations du liquide sont souvent le prélude de complications nerveuses des plus graves (Tabès, PG). Il importe donc de les dépister à un moment où l'on peut encore les faire disparaître par un traitement intensif.

Quelle est la valeur de la ponction lombaire ?

En jugeant aussi largement que possible Ravaut dit qu'une réaction négative observée après les 2 ou 3 premières années de la syphilis reste négative et n'est pas suivie de

signes cliniques de syphilis nerveuse dans 93.2 % des cas au minimum.

Mieux encore si l'on s'adresse à des malades bien traités ayant dépassé la troisième année dont le sang est négatif ce chiffre est encore plus élevé et l'on peut garantir que ce malade a toutes les chances de ne pas présenter dans la suite de syphilis nerveuse ; comme l'a montré Fournier dans ses graphiques, la colonne des accidents nerveux dépassant celle des accidents cutanés, on voit que Ravaut n'avait pas tort d'attacher une importance pronostique considérable aux résultats donnés par la ponction lombaire.

Mais, dit Milian, la ponction lombaire négative n'empêche pas une lésion hépatique par exemple.

L'examen du liquide céphalo-rachidien n'est donc pas, s'il est normal, un critère absolu de guérison comme les malades le croient volontiers.

Il indique simplement que le système nerveux est indemne de lésions syphilitiques et pour conclure citons M. Jeanselme.

Nous ne sommes pas en droit de conclure que la syphilis est éteinte parce que la réaction de Wassermann périodiquement recherchée est constamment négative, et parce que la ponction lombaire pratiquée alors que la réaction sanguine est négative depuis de longs mois ne montre aucune modification du liquide L. C. R.

L'examen du liquide céphalo-rachidien doit comporter :

Un dosage chimique (des albumines totales) ;

Une numération des éléments avec examen qualitatif après coloration vitale (Ravaut).

M. Sezary insiste sur la nécessité de faire la numération des cellules du liquide L. C. R. dans les premières gouttes du liquide, les leucocytes étant abondants dans les premières gouttes, alors qu'ils peuvent faire défaut dans les dernières gouttes recueillies.

Ainsi que la recherche du Wassermann et de la réaction du Benjoin colloïdal (Guillain).

Le liquide céphalo-rachidien doit être normal dans ses éléments, tension du liquide, albuminose qui ne doit pas dépasser 0,30 ; lymphocytose qui ne doit pas dépasser un élément par millimètre cube ; Bordet-Wassermann et Benjoin négatif. Cependant il n'est pas rare et deux de nos observations en font foi de trouver ce que Ravaut appelait des réactions limites. Certains éléments comme les cellules, mais surtout un léger degré d'albuminose persistent parfois indéfiniment sous forme de réactions résiduelles.

C'est ainsi que l'on peut interpréter les observations suivantes, qui malgré un traitement bien conduit ont une albuminose du liquide céphalo-rachidien à 0,35 et 0,40.

Observation du service de M. le Professeur agrégé Sezary.

S... Gaston.

Vient le 30 novembre 1930,

pour chancre induré datant du 30 octobre.

Ultra positif.

H 8 M —

Du 7 novembre 1930 au 26 décembre 1932 :

6 gr. 85 de Novar, $5 \times 0,90$.

15 Muthanol.

Le 26 janvier 1932 : H 8 M —

Du 30 janvier au 8 avril :

6 gr. 60 de Novar, $2 \times 0,75$, $4 \times 0,90$

10 Muthanol double.

Le 10 juin : H 8 M —

Du 10 juin au 26 août :

6 gr. 75 de Novar, $0,90 \times 5$.

12 Muthanol.

Le 7 novembre 1931 : H 8 M —

Du 14 novembre 1931 au 20 janvier 1932 :

5 gr. 85 de Novar, $4 \times 0,90$.

15 Muthanol.

Le 6 avril 1932 : H 8 M —

Du 13 avril au 13 juillet : 12 Muthanol double.

Le 2 novembre 1932 : H 8 M —

Du 9 novembre au 8 janvier 1933 : 11 Muthanol double.

Le 3 mai 1933 : H 8 M —

Du 3 mai au 28 juin 1933 : 10 Muthanol double.

Le 11 octobre 1933 : H 8 M —

Du 18 octobre 1933 au 4 janvier 1934 : 10 Muthanol double.

Le 4 avril 1934 : H 8 M —

P. L., le 4 mai 1934 :

Cellules 0,4 W. H 8

Alb. 0,35 Benj. négatif.

Du 4 août 1934 au 10 octobre 1934 : 10 Muthanol double.

Du 17 janvier 1935 au 8 avril 1935 : 10 Muthanol double.

Le 8 août 1935 : H 8 M —

Du 12 août 1935 au 21 octobre 1935 : 10 Muthanol double.

Observation du service de M. le Professeur agrégé Sezary.

L... Emile, 36 ans.

Vient le 13 juin 1930,

pour chancre induré sillon B. P. avec adénop. satellite.

R. Pupillaires

Rotuliens normaux.

Achilléens

16 juin 1930 : ultra positif.

H 8 M —

Du 13 juin au 13 août :

7 gr. 65 de Novar, $6 \times 0,90$.

21 Muthanol.

1^{er} octobre 1930 : H 8 M —

Du 4 octobre au 19 novembre :

5 gr. 85 de Novar, $4 \times 0,90$.

19 Muthanol.

Le 14 janvier 1931 : H 8 M —

Du 17 janvier au 11 mars 1931 :

5 gr. 85 de Novar, $4 \times 0,90$.

16 Muthanol.

Le 9 mai 1931 : H 8 M —

Le 31 août 1932 : H 8 M —

Du 3 septembre 1932 au 26 octobre 1932 : 15 acétyl.

Le 3 mai 1933 : H 8 M —

Du 6 mai 1933 au 12 juillet : 10 Muthanol double.

Le 24 janvier 1934 : H 8 M —

Du 27 janvier 1934 au 11 avril :

11 Huile grise de

9 divisions chacune.

Le 10 octobre 1934 : H 8 M —

Le 16 octobre 1934. **P. L. :**

Lymp. 1,4

W. négatif.

Alb. 0,40

Bjoin négatif.

Du 20 octobre 1934 au 22 décembre 1934 : 10 Muthanol double.

Le 8 août 1935 : H 8 M —

Du 12 août 1935 au 28 octobre 1935 : 10 Muthanol double.

Nous classons à part une observation qui présente quelques particularités intéressantes.

La ponction lombaire pratiquée au dixième mois a révélé 0,40 d'albumine dans le liquide céphalo-rachidien.

Un traitement de consolidation fut institué mais insuffisant (une seule série arséno-bismuthique).

Les résultats d'une seconde ponction lombaire furent faussés par la présence d'un peu de sang.

Nous avons retenu cette observation parce que l'hypothèse d'un zona pourrait à la rigueur être soulevée, le malade a en effet accusé des douleurs intercostales en avril 1933 sans éruption.

Enfin nous avons pu à diverses reprises l'examiner et depuis 3 ans (recul un peu court) il reste sans traitement, ne présentant pas de signes apparents de syphilis en activité.

Observation du dispensaire de Boulogne-Billancourt

(D^r Paul Lefèvre)

L... Julien.

Vient le 19 janvier 1931,

pour un chancre du sillon balano-préputial, à cheval sur le sillon et la couronne du gland, à droite. Chancre un peu ulcéreux avec base infiltrée.

Adénopathie inguinale bilatérale, surtout marquée à droite, volumineuse, non douloureuse.

Ce chancre serait apparu dans les derniers jours de décembre.

Contagion reconstituée. Rapports avec une coiffeuse à Paris avant le départ pour une période militaire qui dura du 6 décembre au 24 décembre et au cours de laquelle il eut en outre des rapports différents.

Recherche du tréponème :

négative dans l'ulcération,

positive dans le ganglion (Bertrand).

Le 23 janvier : Hecht,
Meinicke, négatifs.
Kahn,

Du 20 janvier au 13 mars, reçoit :
7 gr. 5 de Novar, dont $0,90 \times 6$.
et 17 Muthanol.

A noter le 23 janvier, après injection de 0,30 seul de Novar le 20.
Réactivation au niveau du chancre assez ulcéreux.

Le 26 janvier, soit après 0,45 et 1 muthanol.

Chancre à fond bien nettoyé, mais creusé,
adénop. gauche diminuée de moitié,
adénop. droite, légèrement inflammatoire.

Le 2 février, chancre réduit des trois quarts, presque cicatrisé,
après 0,30, 0,45 M1, 0,60 M1, 0,75 M2.

Du 20 avril au 19 juin :
7 gr. 50 de Novar, $6 \times 0,90$.
19 Muthanol.

Le 14 août 1931 : H.
M. négatifs.
K.

Du 14 août au 16 octobre :
6,60 de Novar de 0,30 à $0,90 \times 5$.
18 Muthanol simple.

Le 14 décembre 1931 : H.
M, négatifs.
K.

Du 8 janvier 1932 au 4 mars :
Novar 6 gr. 60 de 0,30 à $0,90 \times 5$.
18 Muthanol.

Le 20 mai : H.
M, négatifs.
K.

Du 20 mai au 15 juillet :
9 acétyl et
9 Muthanol double.
7 octobre 1932 : H. cyto, 2,2.
M. négatifs alb. 0,40.
K. P. L. W. 8.
Bjoin : négatif.

Céphalée, vomissements, pendant une semaine, suite de P. L.,
arrêtés par : eau distillée intra-veineuse.

Du 24 octobre au 26 décembre :
de 0,30 à $0,90 \times 5$: 6 gr. 60.
8 Muthanol.

Le 3 avril 1933 : H.
M. négatifs.
K.

Se plaint de douleurs intercostales.

Le 3 novembre 1933 : H.
M. négatifs.
K.

Le 10 février 1934, P. L. : Cyto 2,5.
Alb. 0,47. un peu de sang ?
W. II 6 ±
Bjoin : négatif.

Le 30 avril 1934 : H.
M. négatifs.
K.

Le 3 décembre 1934 : H.
M. négatifs.
K.

Le 5 juillet 1935 : H.
M. négatifs.
K.

Reste trois ans sans aucun traitement.

Revu le 10 avril 1936. Aspect floride, a engraisé de 10 kilogs en 2 ans. Psychisme normal.

Réflexes rotuliens,	H.
achilléens, normaux.	M. normaux.
pupillaires,	K.

* * *

La guérison de la syphilis par le traitement abortif institué à la période présérologique est pour certains auteurs vérifiée par le nombre croissant de réinfections authentiques, publiées depuis quelques années (W. Feldmann, Enquête internationale sur le traitement abortif de la syphilis).

On a vu que M. Sezary ne voulait pas s'appuyer sur la notion de réinfection pour affirmer la guérison de la syphilis.

Nous avons retenu trois observations qui illustrent sa manière de voir.

Observation du service de M. le Professeur agrégé Sezary.

Te... François, 31 ans.

Vient le 19 avril 1933.

pour chancre du repli du frein et du prépuce.

Ulcération, taille pièce de 1 franc, indurée.

Adénopathie typique indurée.

Apparition *il y a dix jours*.

A appliqué poudre de calomel.

Le 19 avril 1933 : ultra positif.

B. W. H 8
 M —

Il y a sept ans a eu une ulcération, traitée 4 ans (*service Jeanselme*).

Du 19 avril 1933 au 13 juin : 6,75 de Novar, 5×0.90 .
18 Muthanol.

Le 21 juillet 1933 : H 8
 M —

Du 21 juillet 1933 au 29 septembre 1933 :
6,75 de Novar, 5×0.90 .
16 Muthanol.

Le 9 novembre 1933 : H 8, M —

Du 9 novembre 1933 au 5 janvier 1934 : 6,15 de Novar, 4×0.90 .
10 Muthanol.

Arrêt pour stomatite.

Puis, du 24 avril au 6 juillet : 10 Acétyl.

Le 25 septembre 1934 : H 8
 M —

Du 1^{er} octobre 1934 au 13 janvier 1934 : 11 Acétyl.

Le 21 janvier 1935 : H 8
 M —

Du 21 janvier 1935 au 29 mars 1935 : 10 Muthanol double.

Le 8 juillet 1935 : H 8
 M —

Du 8 juillet 1935 au 5 septembre 1935 : 10 quinby double.

Le 9 décembre 1935 : H 8
 M —

Du 13 décembre 1935 au 13 février 1936 : 10 quinby double.

Examen somatique normal.

Il s'agit d'un malade traité à la période présérologique et qui 7 ans auparavant a eu un traitement spécifique dans le service de M. le Professeur Jeanselme.

Il semble bien qu'il s'agisse d'une réinfection.

De nombreuses observations de ce genre ont été publiées.

M. Hudelo en a constaté de nombreux cas.

M. Petges affirme la fréquence réelle des réinfections qualifiées trop souvent, pour lui, de pseudo-réinfections ou de super-infections.

Cependant l'observation qui suit montre bien les difficultés d'interprétation de certains cas.

Observation du service de M. le Professeur agrégé Sezary.

C... Marcelin, 31 ans.

Vient le 11 juillet 1930,

pour chancre sillon B. P., face supérieure, datant de 15 jour environ.

Ultra positif.

H 8

M + ?

Du 11 juillet 1930 au 30 août : 5 gr. 60 dont 2×0.75 , 3×0.90 .
14 Muthanol.

Le 15 octobre 1930 : H 8, M —

Du 18 octobre au 3 décembre :

5.75 de Novar, dont 4×0.90 .

10 Muthanol.

Le 14 janvier 1931 : H 8, M —

Du 21 janvier 1931 au 28 février 1931 :

4 gr. de Novar, 0.75×2 , 0.90×1 .

7 Muthanol.

Arrêt un an.

Revient le 24 mars 1932, porteur de :

Lésion chancriforme du Sillon B P ultra positif. W0 H0.

Roséole. Syphilides papulo-squameuses palmaires. Plaques muqueuses.

Chancre apparu le 25 février 1932, trois semaines après contagé.

Roséole : le 10 mars 1932.

Réflexes pupillaires R. Tendineux normaux.

Du 25 mars 1932 au 4 mai : Novar 3 gr., 2×0.75 .

12 Muthanol.

Le 11 juin : H 5, M +.

Du 18 juin au 6 août : 0.15 Novar (vomissements).

6 Muthanol double.

Le 24 septembre 1932 : H 8, M +.

Du 24 septembre 1932 au 30 novembre 1932 : 10 Muthanol double.

Le 1^{er} mars 1932 : H 8, M —

Du 1^{er} mars au 25 avril : 4 Muthanol double.

Du 27 mai au 2 septembre : 12 Muthanol.

Le 15 novembre 1933 : H 8, M —

Disparu après 2 M2.

Le malade traité dès la période présérologique reçoit trois séries arséno-bismuthique, revient après un an d'arrêt avec une syphilis secondaire floride.

Si dans ce cas la réinfection est probable on peut cependant la discuter, de pareilles lésions ayant été constatées même après un traitement suffisant.

Observation du service de M. le Professeur agrégé Sezary.

O... Henri, 40 ans.

Vient le 13 janvier 1925,

pour 2 chancres indurés du sillon B. P., datant de 10 jours environ.

Légère adénopathie inguinale ultra : Tréponèmes en *masse*.

Le 30 janvier : H 8, M —

Après le 1^{er} : 0.75.

Du 13 janvier au 27 février :

6 gr. 60 de Novar, dont 2 × 0.75, 4 × 0.90.
8 Muthanol.

Le 27 mars : H 8, M —

Du 27 mars au 29 mai : 5 gr. 70 de Novar, 4 × 0.90.

Le 29 mai : H 8, M —

Le 21 août 1925 : H 8, M —

Du 28 août au 16 octobre : 15 Muthanol.

Le 17 novembre 1925 : H 8, M —

Deuxième année.

Du 12 janvier 1926 au 19 mai 1926 : 20 Muthanol.

Le 1^{er} juin 1926 : H. 8, M —

5 octobre 1926 : H 8, M —

25 janvier 1927 : H 8, M —

Troisième année.

Le 26 janvier 1927 : Tous réflexes normaux.

Du 1^{er} février 1927 au 29 mars : 15 Muthanol.

Le 29 mars : H 8, M —

Le 4 novembre 1927 : Petites ulcérations à la place du chancre.

Aspect herpès ulcéré à base indurée.

Adénopathie non douloureuse de l'aîne gauche.

Ultra : Pas de tréponèmes.

Sang : H 8, M —

Le 8 novembre. — Persistance d'un petit nodule lenticulaire induré ovalaire avec adénopathie importante indolore.

Ultra : Négatif.

Sang : H 8, M —

Quatrième année.

Du 8 novembre au 3 janvier 1928 :

6.60 de Novar, 4×0.90 , 2×0.75 .

11 Muthanol.

Le 24 janvier 1928 : H 8, M —

L'adénopathie inguinale a un peu diminué, il existe encore plusieurs ganglions indurés, non douloureux, isolés.

Du 31 janvier au 20 mars : Novar 4.80, 0.90×3 .

7 Muthanol.

Le 1^{er} mai 1928 : H 8, M —

Cinquième année.

Le 8 août 1929 : H 8, M —

Sixième année.

Le 8 mai 1930 : H 8, M —

Du 13 mai 1930 au 15 juillet : 10 Muthanol double.

Le 7 octobre 1930 : H 8, M —

Le 11 janvier 1931 : H 8, M —

Septième année.

Du 17 janvier au 21 avril 1931 : 10 Muthanol double.

Le 20 octobre 1931 : H 8, M — Réflexes vérifiés normaux.

Huitième année.

Le 2 janvier 1932, **P. L.** : Lympho 1.8

W. 8

Alb. 0.30

Bjoin négatif.

Le 13 décembre 1932 : H 8, M —

Examen somatique négatif.

Cette observation montre bien qu'il ne faut pas, devant une lésion chancriforme, croire sans vérification ultra-microscopique à une nouvelle contamination.

QUELQUES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

Nous avons cru intéressant d'isoler les observations où le traitement arséno-bismuthique n'avait pas été appliqué ou avait été appliqué non systématiquement, sans pour cela que le traitement fut insuffisant.

Nous avons ainsi cinq observations ayant un recul :

2 de 5 ans,

1 de 8 ans,

1 de 9 ans,

1 de 11 ans.

Leur lecture montrera qu'après un traitement abortif sérieux ces malades ne présentent aucune tare viscérale ou sérologique.

Tous suivis au moins 5 ans peuvent être considérés comme guéris.

Observation personnelle communiquée par le Dr Paul Lefèvre.

M. L... S., 26 ans.

Vu le 24 septembre 1925.

Chancre érosif. Sillon balano-préputial avec déjà induration nette. *Début* : 8 à 10 jours. Contage précis entre 16 et 25 août. Trois contacts.

Ultra positif.

Le 25 septembre : Wasserman — — —

Hecht — — +

26 septembre : R. tend. normaux.

R. pupil., normaux.

Traitement : 4 curatylès :

Herxeimer net au niveau du chancre.

Tuméfié alors que muqueuse se cicatrise.

Puis du 25 septembre au 29 décembre : Novar 6 gr. 15 dont $5 \times 0,90$.

Le 8 octobre, nouveau Wasserman W — — —
H — — —

Du 8 octobre au 19 novembre : Cy Hg n° 12.

19 novembre au 15 janvier : repos.

15 janvier 1926 au 15 février 1926 : Novar 5 gr. 85, dont $0,75 \times 2$,
 $0,90 \times 3$.

15 janvier : W — — —
H — — —

21 mai : W — — —
H — — —

Juin 1926 : Novar 4 gr. 70 avec $0,75 \times 1$, $0,90 \times 3$.

Deuxième année.

Février 1927 - 11 février 27 : W — — —
H — — —

Réactivation : 16 février 1927 : Novar 0,30.

Le 4^e jour : 21 février 1927 : W — — —
H — — —

21 février : Novar 0,45.

26 février (10^e jour) : W — — —
H — — —

Et P. L. : Alb. 0,20 W — — —
Lympho. 0,5 Bj. 0000222000

3 mars, 15^e jour : W — — —
H — — —

Vu par M. Milian, 8 mars 1927.

Août 1927 : W — — —

H — — — à la vérité : R. rotuliens, faibles.

R. achilléens, très faibles.

Pupilles normales.

Troisième année.

13 mars 1928 : W — — —
H — — —

R. R. et R. A. existent certainement, mais difficiles à cause de contractions.

Pupilles égales, réagissent bien.

Juillet 1928 : W — — —
H — — —

Juillet 1929 : Tous réflexes normaux.

Pupilles égales réagissent bien. W — — —

Pas de leucoplasie. H — — —

Quatrième année.

Octobre 1929 :	W — — —	R. R. normaux.
	H — — —	R. A. normaux.
		P. réagissent bien.
Novembre 1930 :	W — — —	
	H — — —	
Novembre 1931 :	W — — —	R. R. normaux.
	H — — —	R. A. normaux.

P. réagissent lumière.

Achilléens difficiles à obtenir, mais on les obtient à coup sûr en les cherchant longtemps, G. mieux que D.

Le 2 avril 1936, soit plus de 10 ans après la contamination, tous les réflexes en bon état.

Wasserman, négatif.

Hecht, négatif.

Observation personnelle communiquée par le Dr Paul Lefèvre.

M. F..., 27 ans.

26 décembre 1927,

sypilis érosive. Sillon B. préput. à gauche, gros ganglion dur et quelques petits, *aîne gauche*.

Début, 20 décembre environ.

Le 26 décembre, ultra positif. W — — —

H — — —

Du 27 décembre au 17 février 1928 : Novar 7 gr. 80, 0,75 × 3.

0,90 × 5.

Le 6 janvier 1928 avant le 1^{er} 0,75 : W — — —

après 0,15, 0,30, 0,60 H — — —

Mars 1928 : 12 Muthanol.

3 mai : W — — —

H — — —

30 avril au 25 juin : Novar 7 gr. 50 dont 0,90 × 6.

Août-septembre : 11 Muthanol.

10 octobre au 11 décembre : Novar 7 gr. 35, dont 0,75 × 2

0,90 × 5

11 décembre 1928 : R. R. normaux.

R. A. normaux.

Pupilles réagissent à lumière.

Deuxième année.

19 décembre 1928.

M. Sezary conseille vérification des achilléens et P. L., continuer traitement en 1929 avec : muthanol, arqueritol.

Considère le mariage possible, à condition que le L. C. R. soit normal et que le traitement ait été suivi.

10 janvier 1929.

P. L. : Cyto 0,4

W — — —

Alb. 0,15

Bj. 000000100000000

R. R. et R. A. normaux. Pupilles réagissent.

22 janvier 1929 au 27 mars 1929 : 19 Muthanol.

Marié avril 1929.

17 juillet 1929 : W — — —

R. R.

H — — —

R. A. normaux.

Pupilles réagissent.

22 novembre 1929 : femme enceinte, alors vue par accoucheur des hôpitaux.

R. R.

R. A. normaux.

Pupilles réagissent.

W — — —

H — — — décembre 1929, du mari et de la femme.

Troisième année.

Fin mai 1930 : naissance fille, W — — — avec sang cordon.

Poids à la naissance : 3,300.

Placenta trouvé normal, poids et aspect, par le Dr E., accoucheur des Hôpitaux.

Avril 1931 : enfant de 11 mois. Très bien portant, jamais malade.

Poids : 9 kilogs, deux dents, jamais vomissement ni convulsion, n'a reçu aucun traitement.

Père : Réflexes rotuliens normaux.

Réflexes achilléens normaux.

Pupilles réagissent à la lumière. W — — —

H — — —

Il faut insister pour cette observation sur la procréation d'un enfant sain, deux ans après la contamination.

Observation du service de M. le Professeur agrégé Sezary.

De... Marcel, dessinateur, 31 ans.

Vient le 28 décembre 1928,

pour un chancre du sillon balano-préputial ayant débuté le 17 décembre environ, d'aspect chancre mou, mais nettement induré.

Ultra positif : très nombreux tréponèmes.

Le 27 décembre 1928 : H 8

M —

Reçoit du 27 décembre au 18 janvier 1929 :

0,15 × 2, 0,30, 0,45 2 × 0,60 de
Novar,
et 8 Muthanol.

Fièvre après 0,15. Ictère après 0,60.

Du 15 janvier 1929 au 19 février : 7 Muthanol.

Le 23 février 1929 : H 8

M —

Du 29 mars au 31 mai :

15 acétyl.

11 Muthanol double.

Le 31 mai : H 8

M —

Le 25 juin 1929 : H 8

M —

Du 28 juin au 6 septembre :

16 Acétyl.

9 Muthanol double.

Arrêtés par stomatite.

Le 12 novembre 1929 : H 8

M —

Deuxième année.

Du 15 novembre 1929 au 28 février 1930 :

20 acétyl.

20 Muthanol.

Le 16 mai 1930 : H 8

M —

Du 10 juin au 5 septembre : 19 Muthanol.

Le 18 novembre 1930 : H 8

M —

Troisième année.

Du 20 janvier au 3 avril 1930 :

15 acétyl.

15 Muthanol.

Le 8 juillet 1931 : H 8

M —

Du 7 août au 20 octobre 1931 : 20 Muthanol.

Quatrième année.

Le 4 décembre 1931 : H 8

M —

Le 2 février 1932 : H 8

M —

Du 5 février au 19 avril : 9 Muthanol double.

Le 6 septembre 1932 : H 8

M —

P. L., 5 novembre 1932 : cell. 1 alb. 0,30
W. H 8 Bj. négatif.

Réflexes normaux.

Cinquième année.

Du 25 novembre 1932 au 9 décembre 1932 : 4 Muthanol double.

Le 25 avril 1933 : H 8 M —

Examen somatique normal.

Le 1^{er} septembre 1933 : H 8 M —

Examen somatique normal.

Sixième année.

Le 16 janvier 1934 : H 8 M —

Examen somatique normal.

Du 16 janvier au 1^{er} mai 1934 : 12 quinby.

Septième année.

Le 7 mai 1935 : H 8 M —

Examen somatique négatif.

Du 7 mai 1935 au 20 juin : Lipiodol.

Observation du service de M. Jame, Professeur agrégé du Val-de-Grâce.

R... Henri, 36 ans.

Vu le 20 mars 1931,

pour chancre du sillon balano-préputial, apparu dans le courant de mars 1931 ?

Le 20 mars 1931 : ultra positif.

Le 23 mars 1931 : Bw. négatif.

1931.

Du 20 mars au 23 avril : 4 gr. 95 de Novar dont $0,90 \times 3$.

Le 23 avril 1931 } Bw. négatif.

Le 18 mai 1931 } Jacobstahl négatif.

Du 18 mai au 15 juillet : 4 gr. 95 de Novar, $0,90 \times 3$.

Du 1^{er} août au 20 septembre : 10 iodure de Bismuth.

Du 20 octobre au 20 décembre : Novar 6 gr. 85 dont $0,90 \times 5$.

Le 21 janvier 1932 : W — — —

J — — — Vernes 0.

1932.

Du 21 janvier au 20 mars : 10 iodo-Bismuthate de quinine.

Le 25 avril : W — — —

J — — —

Vernes 0.

Du 25 avril au 10 juin : Novar 5 gr. 95, 0,90 × 4.

Du 10 juillet au 20 août : 10 Hyd. de Bi.

Le 6 octobre 1932 : W — — —

J — — —

Vernes 0.

Du 6 octobre 1932 au 20 novembre 1932 : Novar 5 gr. 80 de 0,30 à 0,90 × 4.

1933.

Du 1^{er} janvier au 15 février : 12 Hyd. de Bi.

Le 27 mars 1933 : W — — —

J — — —

Vernes 0.

Du 27 mars au 15 mai : 5 gr. 80 de Novar de 0,30 à 0,90 × 4.

Du 1^{er} juillet au 30 août : 10 Hyd. de Bi.

Le 19 octobre 1933 : W négatif.

J négatif.

V. 0.

Du 19 octobre 1933 au 10 décembre : 12 arsaminol.

1934.

De janvier à février : 9 iodo-Bismuthate de quinine.

Le 22 mars 1934 : W — — —

J — — —

V. 0.

Du 22 mars au 3 mai : 12 acétylarsan.

Le 6 juillet : W — — —

J — — —

V. 0.

Du 6 juillet au 20 août : 12 quinby.

Le 19 novembre : W — — —

J — — —

V. 0.

Du 19 novembre au 20 décembre : 11 arsaminol.

Le 22 mars 1935 : Bw. négatif.

J., négatif.

K. négatif.

Vernes 0.

Du 26 mars au 4 mai : 12 quinby.

Quatrième année de traitement.

Le 7 juin 1936 : **P. L.**

0,7 élément à la C. de N.

Bw. négatif.

Alb. 0,22 (Sicard).

Bjoin 00000.00000.00000.

A noter : Examen somatique. Rien à signaler. Réflexes T. et P. normaux. T.A. 13-9 $\frac{1}{2}$.

Leucoplasie commissurale bilatérale.

**Observation du dispensaire de Boulogne-Billancourt
(Dr Paul Lefèvre)**

L... Robert, 20 ans.

Vient consulter le 24 août 1931 pour :

Erosion arrondie non douloureuse sur base indurée, siégeant sur la face interne du prépuce, datant de 4 jours environ.

Adénopathie inguinale bilatérale, dure, multiple.

Ultra positif. Service M. Sezary, Saint-Louis.

H,

M, négatifs.

K,

Reçoit le 25 août : 0 gr. 30 un Muthanol.

Le 28 : 0,45 un Muthanol.

Le 31 : 0,60 un Muthanol.

Le 7 : un B. W. pratiqué se montre positif + +

Le 7 septembre, 0,45 un Muthanol.

Le 11 septembre : Muthanol double.

Le 27 septembre : Bivato.

Le malade a présenté dans la semaine suivant l'injection de 0,60, une éruption morbilliforme et de la fièvre.

Après l'injection de 0,45 le 7 septembre, nouvel érythème et enflure du visage.

Le 2 octobre, albuminurie légère et transitoire.

Reçoit Sulfar 0,06, 2 octobre.

0,12, 3 octobre.

Et Novar : 0,30, 9 octobre ; 0,45, 12 octobre ; 0,60, 16 octobre.

Part à Bizerte.

Dr Le Floch : reçoit en octobre-novembre 31 : $0,60 \times 2$ et $0,74 \times 2$.

Décembre 1931 : Cy Hg $\times 4$ et Novar, une série dont $0,90 \times 3$.

Mars 1932 : W —

M —

Vernes 0.

Juillet 1932 : Novarseno. $0,75 \times 7$.

Sans traitement depuis le 30 août 1931 jusqu'à :

3 octobre 1932 : H,
M, négatifs.
K,

Reçoit alors du 10 octobre au 2 décembre :
de 0,30 à $0,90 \times 5 = 6$ gr. 60
16 Muthanol.

30 janvier 1933 : H. —
M. —
K. —

Du 3 février au 27 mars : 16 acétyl.
16 Muthanol.

Le 29 mai 1933 : Bon état et H. —
M. —
K. —

Du 2 juin au 4 août 1933 : 12 Bivato.

A noter 23 *juin*, au cours de cette série, fatigué depuis 4 à 5 jours, constipé, serait jaune par moment. A eu un ictère qui a duré 8 jours, ictère catarrhal probable.

11 septembre 1933 : H —
M —
K —

Du 15 septembre au 13 novembre : 19 Muthanol.

15 janvier 1934 : H —
M —
K —

Du 22 janvier au 26 mars : 7 Muthanol double.

2 juillet 1934 : H —
M —
K —

Du 9 juillet au 17 septembre 1934 : 10 Muthanol double.

17 décembre 1934 : H —
M —
K —

Du 31 décembre au 5 avril : arqueritol n° 10 à 8 et 10 divisions.

Le 1^{er} juillet 1935 : H —
M —
K —

Le 7 décembre 1935 : P. L. Cyto 1 Alb. 0,30.
W. H 8 Bjoin négatif.

CONCLUSIONS

Le traitement abortif de la syphilis est le traitement institué à la période primaire présérologique.

De l'étude des observations que nous avons recueillies, deux conclusions peuvent être tirées :

1^o Efficacité d'un traitement abortif, contrairement à l'opinion des auteurs qui temporisent sous prétexte de laisser le malade bénéficier d'une immunité qui se produirait après l'éclosion des accidents secondaires.

2^o Nécessité d'un traitement immédiat et intensif.

Le traitement arséno-bismuthique nous paraît le traitement abortif le plus sûr ; chez nos vingt-deux malades les séro-réactions sanguines et le liquide céphalo-rachidien se sont montrés normaux à l'expiration du traitement et chez ceux que nous avons pu suivre pendant plusieurs années, aucun accident syphilitique n'a été relevé.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- Arzt** (Léopold), de Vienne. — (*Arch. für Derm. and Syph.* 1931. Cahier I, page 164). — Le traitement abortif est-il une intervention nuisible dans le cours normal de l'immunité contre la syphilis avec augmentation consécutive de la parasymphilie, co-rapport au VIII^e Congrès international de Dermato-Syphiligraphie de Copenhague, 5-9 août 1930, in *Bulletin Société française de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1931, pages 16, 17.
- Barbellion** (Pierre). — *La Blennorragie. Méthodes actuelles de Diagnostic et de traitement* (Maloine, 1934), page 177.
- Bernard** (Raoul), de Bruxelles. — L'Immunsation spontanée dans la syphilis secondaire et ses corollaires thérapeutiques. — (*Bruxelles Médical*, 3 avril 1932, pages 618 à 636 ; 10 avril 1932, pages 647 à 656). (*Concours Médical*, 15 mai 1932).
- Carle**, de Lyon. — Le traitement de la syphilis doit-il être immédiat ou expectatif. — (*Concours Médical*, 20 octobre 1932, n° 47, pages 3379 à 3382).
- Chevallier** (Paul). — (*Archives Dermato-Syphiligraphiques de la Clinique de l'Hôpital Saint-Louis*, Tome VI, fascicule II, 1934, pages 169 à 184). — La guérison de la syphilis (*Hôpital*, avril 1926, pages 490 à 494.)
- Chevallier** (Paul) et **Bernard** (Jean). — La méthode de Pollitzer dans le traitement de la syphilis. — (*Bulletin Société thérapeutique*, séance du 13 avril 1932, page 9098.)
- Cortia**. — (*Giornale Italiano de Dermato e Sifilologia*, mai 1930.)
- Cottini** (Gian-Battista). — (*Giornale Italiano de Dermato e Sifilologia*, Vol. 76, fasc.5, octobre 35). — (In *Annales Dermatologie*, Tome 7, n° 2, février 1936, page 208).
- Dracoulidès**, d'Athènes. — (*Bulletin société française de Dermato-Syphiligraphie*, pages 1370-1371, 12 novembre 1931).
- Dujardin**, de Bruxelles. — (*Journal Médical de Bruxelles*, 1913, n°s 11 et 12.)
- Flandin** (Charles). — Guérit-on la syphilis ? — (*Bulletin Médical*, 3-6 novembre 1926, page 1251.)
- Fournier** (Alfred). — *Traitement de la syphilis* (chez Vigot, 1909), pages 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 39, 40, 41, 44, 342.
- Gaillot**. — Les associations médicamenteuses dans le traitement de la syphilis. — (*Paris-Médical*, 24 novembre 1934, page 422.)

- Gaté (J.).** — Le traitement actuel de la syphilis (Leçon faite aux Journées prophylactiques de Strasbourg, 14-16 mai 1933). In *Prophylaxie anti-vénérienne*, juillet-août-septembre 1933, pages 319 à 330.
- Godefroy (André).** — *Traitement de la syphilis* (Thèse Lyon, 1935).
- Golay (Jean).** — *La pathologie générale de la syphilis* (Vigot, 1926), pages, 19, 20, 30.
- Gougerot (Henri).**
(*Archives Dermato-syphiligraphiques de la clinique de Saint-Louis*, Tome V, fascicule IV, 1933, pages 466, 467, 472).
Généralités sur le traitement de la syphilis (*Monde Médical*, 1^{er} au 15 décembre 1932, pages 989 à 1013).
Notions nouvelles sur l'évolution de la syphilis (*Bruzelles Médical*, 8 octobre 1933, n° 49, page 1430).
- Hudelo.** — Directives générales du traitement de la syphilis. — (*Bulletin Médical*, 4-7 octobre 1922, page 799).
- Jeanselme (E.).** — Du danger de prendre pour unique critérium de guérison de la syphilis les indications fournies par le laboratoire. — (*Bulletin Société française de Dermatologie*, séance du 12 février 1925, page 77.)
- Jeanselme (E.) et Lefèvre (Paul).** — *Traité de la syphilis* (Doin, 1933). Tome III. Ch. V le Chancre syphilitique. Pages 96, 99, 100, 111, 112, 115, 119, 144, 145, 150, 157, 158, 160, 161.
- Lacapère.** — Le traitement d'attaque de la syphilis. — (*Vie Médicale*, 25 février 1927.)
- Lefèvre (Paul).** — Du traitement préventif de la syphilis. Conduite à tenir s'il y a présomption de contamination récente. — (*Pratique médicale française*, mai 1935, A et B, page 290). — Notes sur le chancre syphilitique et son diagnostic. — (*Union médicale*, 10 octobre 1933, pages 1 et 3).
- Louste (G.).** — Le sang, la rate, dans la première incubation et la période primaire de la syphilis. — (*Bruzelles Médical*, 3 juin 1934). — Notes sur le traitement de la syphilis (*Archives Dermato-Syphiligraphiques de la Clinique de l'Hôpital Saint-Louis*, Tome VI, fascicule II, 1934, pages 148, 149).
- Milian (G.).** — Le traitement de la syphilis (*Archives Dermato-Syphiligraphiques de la Clinique de l'hôpital Saint-Louis*, Tome V, fascicule IV, 1933, page 431).
- Nicolas (I.), de Lyon.** — Directives générales du traitement de la syphilis, traitement de fonds régulier, chronique, intermittent. (*Archives Dermato-Syphiligraphiques de la Clinique de Saint-Louis*, 1934, Tome VI, fascicule II, page 139).
- Nicolas et Gaté.** — Traitement précoce et traitement tardif de la syphilis, (*Vie Médicale*, 24 janvier, 1934, page 75).
- Petges.** — Les traitements modernes de la syphilis. — (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 24 juillet 1927.)

- Pinard** (Marcel). — Directives de traitement de la syphilis in *Archives Dermato-Syphiligraphiques de la Clinique de l'Hôpital Saint-Louis*, Tome V, fascicule IV, pages 481 à 483.)
- Rabut** (Robert). — Le traitement d'attaque de la syphilis par le bismuth, in *Hôpital*, avril 1933, page 278.
- Ravaut** (Paul). — *Une nouvelle syphilis nerveuse* (Masson, 1934), pages 26, 29, 32, 40, 64, 75, 139, 159, 177, 181. — Le traitement de la syphilis. — (*Archives Dermato-Syphiligraphiques de la Clinique de l'Hôpital Saint-Louis*, Tome V, fascicule IV, pages 434 à 450.)
- Sézary** (Albert). — La curabilité de la syphilis, in *Presse médicale*, 20 novembre 1929, pages 1567, 1568. — A propos de la ponction lombaire chez le syphilitique. — (*Bulletin société française de Dermatologie*, séance du 12 février 1925, page 78.). — Le traitement arseno-bismuthique. — (*Progrès Médical*, 25 février 1928.). — Le traitement arseno-bismuthique in *Bulletin de la Société française de Dermatologie et Syphiligraphie*, réunion dermatologique de Strasbourg, séance du 8 juin 1930, page 981. — Les directives du traitement de la syphilis, in *Archives Dermato-Syphiligraphiques de la Clinique de l'Hôpital Saint-Louis*, 1933, page 512. — *Le traitement de la syphilis* (Masson, 1933), pages 23, 24, 61, 62, 63, 93, 150, 151, 152, 153.
- Sézary** et **Lévy** (Georges). — Constatation des tréponèmes dans le pus du Bubon d'un chancre mixte, in *Bulletin Société Dermatologie et Syphiligraphie*, séance du 9 mai 1933, pages 455, 456.
- Sézary**, **Lefèvre** (Paul) et **Boutteau**. — Recherche du tréponème par ponction ganglionnaire. — (*Presse Médicale*, 27 juillet 1932, page 1183).
- Sézary** et **Pomaret**. — Le traitement arseno-bismuthique. — (*Progrès Médical*, 25 février 1922, page 85.)
- Simon** (Clément). — La période présérologique de la syphilis, in *Bulletin Médical*, 10 mars 1934, page 145. — Réflexions sur la durée du traitement de la syphilis, in *Bulletin Médical*, 12 mai 1934, pages 301, 305.
- Spillmann** (L.). — Comment faut-il comprendre le traitement de la syphilis ? in *Bulletin Médical*, 27-30 juillet 1927, page 871 et in *Archives Dermato-Syphiligraphiques de la Clinique de l'hôpital Saint-Louis*, Tome V, fascicule IV, décembre 1933, page 560. — Le traitement de la syphilis doit-il être indéfiniment prolongé ? — (*Bulletin Société française de Dermato-Syphiligraphie* (Nancy, 16 décembre 1933), 1934, pages 11-13.)
- Touraine**. — Règles générales du traitement de la syphilis. — (*Archives Dermato-Syphiligraphiques de la Clinique de l'Hôpital Saint-Louis*, juin 1934, Tome VI, fascicule II, page 151.)
- Weissenbach** (R. J.) et **Bosch** (G.). — Guides et critères du traitement de la syphilis. — (*Archives Dermato-Syphiligraphiques de la Clinique de l'Hôpital Saint-Louis*, juin 1934, Tome VI, fascicule II, pages 166, 167, 168.)

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES

<i>Introduction</i>	1
<i>Définition</i>	3
<i>Historique du traitement abortif</i>	5
<i>Notions actuelles sur l'évolution de l'infection syphilitique.</i>	
<i>Ses rapports avec le traitement abortif</i>	9
La septicémie tréponémique	9
Rappel des données expérimentales	9
Rappel des données cliniques	10
<i>Quand doit-on traiter la syphilis ? Les traitements différés.</i>	
<i>Théorie des auteurs belges</i>	13
Théorie des auteurs belges	13
Réfutation de ces théories	14
Intérêt social du traitement abortif	18
<i>Des conditions d'institution du traitement abortif</i>	21
Aspect clinique du chancre syphilitique à la période pré-sérologique	21
L'adénopathie syphilitique, satellite du chancre	23
Divers aspects du chancre syphilitique. Son dia- gnostic	23
<i>Le laboratoire dans le diagnostic de chancre syphilitique</i>	25
La recherche du tréponème par ponction gan- glionnaire	27
Le chancre mixte	28
Autres éléments de diagnostic	29
<i>La période optima pour l'institution du traitement abortif</i> ...	31

<i>La conduite du traitement abortif. Les médicaments. Les lois générales</i>	33
Les médicaments employés.....	33
Lois générales de traitement.....	36
<i>Méthodes diverses de traitement abortif.....</i>	37
<i>Le traitement arséno-bismuthique. La technique de M. Sezary. Inconvénients. Avantages.....</i>	43
Le traitement abortif arséno-bismuthique.....	43
Les complications du traitement arséno-bismuthique	45
Les avantages du traitement arséno-bismuthique.....	46
<i>Les résultats du traitement bien conduit.....</i>	47
<i>Bons résultats malgré un traitement peu intensif.....</i>	73
<i>Traitement mal suivi. Persistance des signes indiquant l'activité de l'infection syphilitique.....</i>	81
<i>Explications de quelques résultats douteux.....</i>	85
<i>La curabilité de la syphilis. Les tests de guérison. La ponction lombaire. Les cas limites. Le problème de la réinfection..</i>	91
<i>Quelques résultats éloignés.....</i>	107
<i>Conclusions</i>	117
<i>Bibliographie.....</i>	121
<i>Table des Matières.....</i>	127